

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-graduação em Psicologia

Aline Guedes Lúcio

**O CUIDADO ÀS CRISES NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL
E OUTRAS DROGAS (CAPS-AD): concepções dos trabalhadores**

Belo Horizonte

2022

Aline Guedes Lúcio

**O CUIDADO ÀS CRISES NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL
E OUTRAS DROGAS (CAPS-AD): concepções dos trabalhadores**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido.

Belo Horizonte

2022

150 Lúcio, Aline Guedes.
L937c O cuidado às crises nos Centros de Atenção Psicossocial
2022 Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) [manuscrito] :
concepções dos trabalhadores / Aline Guedes Lúcio.- 2022.
86 f.
Orientadora: Cláudia Maria Filgueiras Penido.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
Inclui bibliografia.

1. Psicologia - Teses. 2. Intervenção em crises
(Psiquiatria) – Teses. I. Penido, Cláudia Maria Filgueiras.
II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de
Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

20/12/2022 13:40

SEI/UFMG - 1898239 - Ata de defesa de Dissertação/Tese



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS
GERAIS FACULDADE DE FILOSOFIA E
CIÊNCIAS HUMANAS PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE ALINE GUEDES LÚCIO

Realizou-se, no dia 28 de outubro de 2022, às 09:00 horas, Defesa online, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *O CUIDADO ÀS CRISES NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS-AD): concepções dos trabalhadores*, apresentada por ALINE GUEDES LÚCIO, número de registro 2020654711, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Claudia Maria Filgueiras Penido-orientadora - Orientador (UFMG), Prof(a). Teresa Cristina da SilvaKurimoto (UFMG), Prof(a). Ana Regina Machado (Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais).

A Comissão considerou a dissertação:

(x) Aprovada

() Reprovada

Finalizados os trabalhos, a presente ata, lida e aprovada, vai assinada pelos membros da Comissão.



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Maria Filgueiras Penido, Professora do Magistério Superior**, em 16/11/2022, às 07:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Regina Machado, Usuária Externa**, em 16/11/2022, às 12:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Teresa Cristina da Silva Kurimoto, Assessor(a) de gabinete**, em 01/12/2022, às 20:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1898239** e o código CRC **72181A88**.

Dedico este (trabalho) a meu amado vovô, “Seu Luiz Guedes”, que na simplicidade do seu conhecimento me ensinou quanto (trabalho) tem no amor.

AGRADECIMENTOS

Agradecer parece um exercício de passar a vida a limpo, reconhecendo a singularidade da busca num percurso que não se faz só.

Agradeço à minha vovó, Carmelita, cor da minha infância, que me ensina sobre o desafio da autonomia e da resiliência, nos gestos mais simples e decididos.

Agradeço à minha mãe, Maria, que mostrou a mim e minhas irmãs, que o conhecimento é janela para a liberdade.

Agradeço a meu pai, Clóves, que com sua insana coragem construiu casas, pontes e prédios, ensinando-nos a enfrentar a vida, nem sempre doce.

Agradeço a meu tio padrinho, José Antônio, rapaz latino-americano saído da zona da mata mineira, pessoa silenciosamente aguerrida de suas escolhas.

Agradeço às minhas irmãs, que antes de mim trilharam o caminho perseverante da educação pública, num país onde estudar é condição de privilégio.

Agradeço a Moisés, pessoa com quem compartilhei as experiências mais significativas do viver, e que, ainda hoje, está nas trincheiras ao meu lado.

Agradeço à minha filha, Cecília, poesia que me ensina a ver o mundo com olhos de criança.

Agradeço às amigas e amigos que fiz, muitos deles pela afinidade no encontro com a loucura e seus caminhos de resistência.

Agradeço a sorte de ter encontrado, ainda jovem, os serviços substitutivos de saúde mental, álcool e drogas, que junto aos seus usuários e trabalhadores ajudaram a estruturar minha formação pessoal, política e profissional, até aqui.

Agradeço à rede de atenção psicossocial de Belo Horizonte, casa que me acolheu como trabalhadora e pesquisadora.

Agradeço, em especial, aos amigos que fiz no CERSAM-AD Barreiro, espaço onde circulam afetos, histórias e desafios, escola de construção coletiva, onde deixei um pouco e recebi um tanto.

Agradeço ao coletivo Intercambiantes, espaço de resgate à utopia de um mundo onde caibam todos e cada um, de um jeito antimanicomial e antiproibicionista.

Agradeço à UFMG e à FAFICH pelo ensino público de qualidade e pela abertura à desconstrução do pensamento.

Agradeço ao grupo de estudos “Construções coletivas e soluções possíveis: encontros remotos de mestrados em Psicologia” que em meio a tantas incertezas foi espaço de acolhimento, alívio, generosidade e conhecimento compartilhado.

Agradeço à Marcela, colega do PPG/Psi, que me abriu portas na mudança de orientação e linha de pesquisa, nossos percursos se encontraram nas pautas e amizades em comum.

Agradeço à Prof^a Maria Stella Brandão Goulart, que topou abrir caminhos comigo acolhendo meu projeto de pesquisa, incentivando voos ousados.

Agradeço à Prof^a Lisandra Moreira, elegante inspiração para duras questões, que expandiu meu olhar sobre a “crise” numa perspectiva política e social.

Finalmente, agradeço à minha orientadora, Prof^a Cláudia Maria Filgueiras Penido, que mesmo sem me conhecer embarcou nas inquietações de uma trabalhadora do SUS, desejante de descobrir-se pesquisadora. Obrigada pela paciência e inspiração na construção do conhecimento crítico.

*Não basta abrir a janela
Para ver os campos e o rio.
Não é bastante não ser cego
Para ver as árvores e as flores.
É preciso também não ter filosofia nenhuma.
Com filosofia não há árvores: há ideia apenas.
Há só cada um de nós, como uma cave.
Há só uma janela fechada, e todo mundo lá fora;
E um sonho do que se poderia ver se a janela se
abrisse,
Que nunca é o que se vê quando se abre a janela.*

(Alberto Caeiro, pseudônimo de Fernando Pessoa)

RESUMO

As concepções de crise são polissêmicas e multidimensionadas, podendo ser aplicadas a várias áreas do conhecimento. Tradicionalmente, estiveram associadas aos paradigmas biomédicos e de urgência e emergência, compondo uma vasta literatura sobre o tema. Com o advento da reforma psiquiátrica, as concepções de crise buscam superar a herança deixada pela psiquiatria clássica, que restringe seus eventos à agudização da sintomatologia psíquica e à periculosidade. Passam a ser considerados os aspectos sociais, familiares e subjetivos nas situações de sofrimento psíquico, sendo necessária a estruturação de uma rede de cuidados capaz de assumir a gestão das crises em contexto comunitário e territorial. O modelo de atenção psicossocial tem como pressupostos os princípios do SUS, dos movimentos de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial, incorporando a redução de danos entre os orientadores do cuidado nas políticas públicas sobre drogas. A investigação na literatura identificou uma escassez de estudos que abordem as concepções de cuidado às crises de pessoas que usam drogas no âmbito da atenção psicossocial, o que se configurou como objeto de investigação. Esta pesquisa teve como objetivo geral investigar a (s) concepção (ões) de cuidado às crises de pessoas que usam drogas adotada (s) pelos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS-AD) do município de Belo Horizonte/MG, e como objetivos específicos: conhecer as práticas de cuidado às crises realizadas nos CAPS-AD; refletir se a perspectiva da redução de danos fornece contribuições à (s) concepção (ões) de cuidado às crises nos CAPS-AD, pautados no modelo de atenção psicossocial. O método de pesquisa se estruturou em revisão bibliográfica nas bases de dados da BVS, Scielo e MedLine e entrevistas individuais com trabalhadores dos CAPS-AD, sendo a Análise de Conteúdo Temática utilizada no tratamento do material. Os resultados deste estudo apontam que as concepções de cuidado às crises de pessoas que usam drogas adotadas pelos trabalhadores dos CAPS-AD buscam garantir a integralidade, porém, com dificuldades nos processos de articulação e compartilhamento do cuidado com a rede de atenção; incorporam a perspectiva da redução de danos nas práticas de saúde, trazendo contribuições as propostas de cuidado para o modelo de atenção psicossocial. Entretanto, apesar da redução de danos ser uma estratégia ética presente no cotidiano dos CAPS-AD, é necessário ampliar seu alcance a outros pontos da rede de atenção e seus trabalhadores.

Palavras-chave: Intervenção na crise. Urgência. Emergência. Centros de Tratamento de Abuso de Substâncias. Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

Crisis conceptions are polysemic and multidimensional, and can be applied to various areas of knowledge. Traditionally, they were associated with the biomedical and urgency and emergency paradigms, composing a vast literature on the subject. With the advent of the psychiatric reform, the conceptions of crisis seek to overcome the legacy left by classical psychiatry, which restricts its events to the worsening of psychic symptoms and to dangerousness. The social, family and subjective aspects in situations of psychological distress are now considered, requiring the structuring of a care network capable of assuming the management of crises in a community and territorial context. The psychosocial care model is based on the principles of the SUS, the psychiatric reform and anti-asylum movements, incorporating harm reduction among care advisors in public policies on drugs. The investigation in the literature identified a scarcity of studies that address the conceptions of care to the crises of people who use drugs in the scope of psychosocial care, which was configured as an object of investigation. This research had as general objective to investigate the conception(s) of care to the crises of people who use drugs adopted by CAPS-AD workers in the city of Belo Horizonte, MG, and as specific objectives, to know the practices of care for crises carried out in CAPS-AD, reflecting whether the perspective of harm reduction provides contributions to the conception(s) of care for crises in CAPS-AD, based on the psychosocial care model. The research method was structured in a bibliographic review in the BVS, Scielo and MedLine databases and individual interviews with CAPS-AD workers, with thematic content analysis used in the treatment of the material. The results of this study indicate that the conceptions of care for people who use drugs adopted by CAPS-AD workers seek to guarantee integrality, however, with difficulties in the processes of articulation and sharing of care with the care network; incorporate the perspective of harm reduction in health practices, bringing contributions to care proposals for the psychosocial care model, however, despite harm reduction being an ethical strategy present in the daily life of CAPS-AD, it is necessary to expand the reach to other points of the care network and their workers.

Keywords: Crisis intervention. Urgency. Emergency. Substance Abuse Treatment Centers. Psychosocial Care.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Expansão dos CAPS no Brasil	25
Gráfico 2 – Total do financiamento público em CTs (2017-2020)	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Álcool e outras Drogas
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
ASEDS	Assessoria de Educação em Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS-AD III	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, modalidade III
CAPS-AD IV	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, modalidade IV
CERSAM-AD	Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e outras Drogas
CERSAM-AD III	Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e outras Drogas, modalidade III
CMT	Centro Mineiro de Toxicomania
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COEP-UFMG	Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG
COVID-19	Corona Vírus Disease (Doença do Coronavírus)
CTs	Comunidades Terapêuticas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
MJSP	Ministério da Justiça e Segurança Pública
MS	Ministério da Saúde
NEP	Núcleos de Educação Permanente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos

SAA	Síndrome de Abstinência Alcoólica
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNS	Técnico de Nível Superior
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO.....	15
2 INTRODUÇÃO	18
3 OBJETIVOS	21
3.1 OBJETIVO GERAL	21
3.1.1 Objetivos específicos.....	21
4 REFERENCIAL TEÓRICO	22
4.1 MODELOS DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS QUE USAM DROGAS.....	22
4.2 A REDUÇÃO DE DANOS COMO ÉTICA DO CUIDADO.....	24
4.3 POLÍTICAS SOBRE DROGAS: UM CAMPO EM DISPUTA	26
4.4 A CRISE NO CAMPO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: DO DESMONTE ÀS PRÁTICAS DE RESISTÊNCIA.....	29
4.5 CONCEPÇÕES DE CRISE: REVISITANDO A HISTÓRIA E AMPLIANDO POSSIBILIDADES.....	33
5 ASPECTOS METODOLÓGICOS E ÉTICOS	37
5.1 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA	38
5.2 ENTREVISTAS ON-LINE E ESCOLHA DOS TRABALHADORES PARTICIPANTES	39
5.3 ANÁLISE E TRATAMENTO DO MATERIAL.....	41
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
6.1 AS CONCEPÇÕES DE CRISE NO CAMPO DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	42
6.2 CONCEPÇÕES DE CUIDADO ÀS CRISES DE PESSOAS QUE USAM DROGAS	46
6.3 PRÁTICAS DE CUIDADO ÀS CRISES DE PESSOAS QUE USAM DROGAS.....	50
6.3.1 Orientadores	50
6.3.2 Para além da abstinência: o cuidado numa perspectiva cidadã.....	54
6.4 DESAFIOS ASSISTENCIAIS.....	59
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS	67
ANEXOS	74

QUADRO 01 - SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE BELO HORIZONTE	74
TABELA 01 - PROFISSIONAIS POR TEMPO DE EXPERIÊNCIA.....	79
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	80
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	85

1 APRESENTAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO

O desenrolar deste estudo mescla as construções de uma trabalhadora-pesquisadora, tomando como objetos de pesquisa seu próprio campo e sua própria prática. Ao contrário do distanciamento como condição, Penido (2015, 2020) propõe discutir a implicação como ferramenta que possibilita uma conexão potente entre o campo e sua leitura pelo trabalhador-pesquisador:

[...] a condição de trabalhador-pesquisador deve ser explorada ao máximo nas pesquisas em que isso é uma realidade. Perscrutar tal situação não se pauta por um furor que se pretenda esterilizador de possíveis máculas à tarefa científica, mas se sustenta na aposta de que a condição de trabalhador-pesquisador é um operador potente na dinâmica do processo investigativo (PENIDO, 2020, p. 381).

Ou seja, refletir sobre o lugar de “pesquisador-trabalhador” requer voltar-se para o campo e para as práticas nele realizadas (LOURAU, 2004). Por isso, a escolha metodológica que embasa este estudo buscou explorar percepções, questionamentos e construções realizadas por trabalhadores atuantes na atenção psicossocial às pessoas que usam drogas, evocando ainda um aparato teórico e as experiências que compõem o percurso formativo da autora no âmbito do SUS.

A referência aos CAPS-AD compõe o cenário das políticas públicas com a Portaria nº336/2002, bem mais tarde redefinidas pelas Portarias nº 130/2012 e nº 3588/2017 ao estabelecer as diretrizes de funcionamento para serviços de maior complexidade e abrangência populacional. Em Belo Horizonte, o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT) vinculado à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) foi durante 25 anos o único dispositivo público de atenção às pessoas usuárias de drogas na cidade, com implantação anterior às portarias e sem uma rede parceira.

O projeto de reforma psiquiátrica não alcançou de imediato o público de álcool e outras drogas que, na época, não contava com serviços de referência para seu atendimento na cidade. O cuidado a esta população se dava através do acesso aos equipamentos gerais de saúde da rede, tais como Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), leitos em hospital geral, Unidades Básicas de Saúde (UBS), CAPS e Centros de Convivência. Após a estabilização das intercorrências, não se procurava ou se promovia nenhum seguimento, sendo o uso de substâncias desconectado das propostas de cuidado (LOBOSQUE e SOUZA, 2006; MACHADO et al. 2022 no prelo).

O primeiro CAPS-AD de Belo Horizonte foi implantado no ano de 2008, havendo uma lacuna de cinco anos para a implementação de novos serviços, abertos sobretudo pelo momento de comoção midiática e social em torno dos usuários de crack nas cenas públicas dos grandes centros urbanos. A abertura foi impulsionada por incentivo financeiro do governo federal através do programa “*Crack, é possível vencer*”, que entra para a agenda política em 2012 com nuances morais e repressivas relacionadas ao uso de drogas (BRASIL, 2010; MACHADO *et al.*, 2022 no prelo)¹.

Tal como defendem Merhy (2005), Barros, Oliveira e Silva (2007), Batista e Gonçalves (2011), Merhy e Feuerwerker (2016) e Franco e Hubner (2019), a produção do conhecimento e do cuidado são condições intrínsecas às políticas públicas de saúde. Por isso, sistematizar o funcionamento de um novo serviço é uma experiência que requer um contínuo processo de compartilhamento entre os atores que o compõem: gestores, trabalhadores, usuários e comunidade.

E foi na implementação de um CAPS-AD a oportunidade de conhecer, refletir e construir coletivamente os processos de trabalho e as práticas de saúde realizadas num serviço de atenção psicossocial. No desenrolar do trabalho, aquela equipe percebia o serviço “inchado” por absorver demandas de toda ordem, produzidas pela procura espontânea da população ou através dos encaminhamentos da rede parceira.

Além disso, identificava que o público atendido nos CAPS-AD somava processos de “adoecimento” físico, clínico, subjetivo e social, tais como: estados de fissura e abstinência; comorbidades neuropsiquiátricas; fragilização dos vínculos familiares e comunitários; escassez de recursos simbólicos e materiais; desdobramentos dos conflitos no território em decorrência do tráfico de drogas; além da pressão social pela interrupção definitiva do uso de substâncias.

Era preciso pensar o serviço para além das diretrizes de funcionamento, em decorrência da complexidade expressa pelas demandas e necessidades dos usuários que ali chegavam. Ou seja, a existência de um dispositivo, por si só, não responderia às expectativas da população e da própria rede de um lugar para “tratar” o fenômeno das drogas.

A realidade experimentada no cotidiano demonstrava que as crises, as urgências e a gravidade dos casos extrapolavam os diagnósticos clínicos e psiquiátricos, fomentando entre a

¹ Além dos CAPS-AD, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece a organização e a articulação dos vários pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Considerando-se a complexidade do cuidado às crises no campo AD, torna-se importante conhecer os serviços que compõem a RAPS, como no caso da RAPS/BH (Quadro 1).

equipe a criação de espaços de discussão que auxiliassem na formação dos trabalhadores e na qualidade da assistência ofertada.

Em janeiro de 2015, foi criado um grupo debate composto por trabalhadores que atuavam num CAPS-AD de BH, dando origem a uma experiência de formação. Neste período foram realizadas reuniões semanais com o objetivo de discutir como se configuravam as propostas de cuidado naquele serviço, seu desdobramento nas modalidades de atendimento e a interface com os processos de trabalho. Simultaneamente, a cidade realizava diversos eventos políticos e formativos com temática relacionada ao campo de álcool e outras drogas, ampliando o debate junto às redes de atenção e à sociedade em geral.

Nesse sentido, as indagações iniciadas como trabalhadora de um serviço de saúde reverberaram na construção de um problema de pesquisa: como se estrutura o cuidado às crises de pessoas que usam drogas nos CAPS-AD? Seria derivado daquele ofertado às pessoas em sofrimento psíquico (neuroses graves e psicoses)? Seria organizado a partir da assistência às questões clínicas? Quais as práticas de cuidado às crises realizadas nos CAPS-AD? Qual o lugar da redução de danos nessas práticas?

Deseja-se que os leitores na compreensão deste texto possam recolher a amarração das relações coletivas que estruturam a construção do pensamento científico. Elas envolvem aspectos institucionais, individuais-sociais, bem como a posição do trabalhador-pesquisador na formalização do conhecimento acerca do cuidado às pessoas que usam drogas.

2 INTRODUÇÃO

A proposta de pesquisa intitulada “O cuidado às crises nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: concepções dos trabalhadores” nasce a partir das reflexões da autora em sua experiência como trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS).

Pesquisas representativas da população usuária de drogas em todo o Brasil (BASTOS e BERTONI, 2014; BASTOS *et al.*, 2017) apontam que as experiências com substâncias lícitas e ilícitas extrapolam uma questão de saúde pública, evidenciando um fenômeno complexo e que atinge a um grande contingente de pessoas. Não raramente, as demandas relativas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas batem à porta dos serviços de saúde, trazendo consigo implicações sociais, clínicas e subjetivas que convocam à sustentação de políticas públicas que visem à garantia de cuidados em saúde e a direitos fundamentais.

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) são dispositivos públicos que integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS, podendo se estabelecer em diferentes modalidades de acordo com a complexidade das suas ações e abrangência populacional. Destinam-se a proporcionar a atenção integral e contínua às pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, sendo espaços de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade (BRASIL, 2002, 2011, 2012, 2017).

O modelo de atenção psicossocial brasileiro tem suas bases constitutivas nos movimentos de reforma sanitária, psiquiátrica e luta antimanicomial, sendo o marco legal a Lei Federal nº 10.216/2001 responsável pela reorientação das práticas de cuidado às pessoas com transtornos mentais². Sua estruturação compreende uma gama de serviços territoriais, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que articulados aos recursos comunitários proporcionaram a ruptura com o modelo manicomial então predominante no país (BRASIL, 2001; AMARANTE, 2007; PINHO, OLIVEIRA e ALMEIDA, 2008; YASUI e COSTA-ROSA, 2008; GOULART, 2015).

No que se refere à consolidação de um modelo de atenção destinado às pessoas em uso de drogas no Brasil, identifica-se um significativo retraimento do Estado na implementação de políticas públicas. Historicamente, este campo esteve permeado pela contraposição entre os

² Existem variações nos termos utilizados para designar as pessoas com transtornos mentais. Para efeito deste estudo o termo utilizado pela autora será sujeito ou pessoa em “sofrimento psíquico” destacando a experiência vivida (Cf. Amarante, 2007; Goulart, 2015; Andrade e Maluf, 2017).

paradigmas proibicionistas e de redução de danos (RD), podendo se expressar ainda hoje no âmbito das normativas, assistência e gestão das políticas sobre drogas (BRASIL, 2003; MORAES, 2008; SOUZA e CARVALHO, 2012; CFP, 2018; CRUZ, GONÇALVES e DELGADO, 2020; MACHADO, MODENA e LUZ, 2020a, 2021).

Apesar de o modelo de atenção psicossocial apresentar-se consolidado no Brasil, o cenário atual evidencia retrocessos significativos no direcionamento das políticas de saúde mental, álcool e outras drogas, com incentivo às concepções pautadas na abstinência e internações como prioritárias. No bojo deste projeto, há uma ascensão de financiamento público às entidades privadas, com conseqüente precarização dos serviços de base comunitária preconizados pela legislação brasileira (CFP, 2017; BRASIL, 2017b, 2019a, 2019b; CRUZ, GONÇALVES e DELGADO, 2020; CEBRAP, 2022).

Neste sentido, os trabalhadores³ do campo da saúde são mobilizados a extrapolar seu olhar para além do eixo técnico e organizacional, tornando o trabalho das equipes e os processos e ações de saúde um conjunto de elementos necessários à formação e a qualificação do cuidado. Ou seja, reconhecer as políticas públicas como espaços de tensionamento e construção, em que são inerentes à circulação de saberes a produção de conhecimento e a sustentação de práticas emancipatórias (MERHY, 2005; BARROS, OLIVEIRA e SILVA, 2007; BATISTA e GONÇALVES, 2011, MERHY e FEUERWERKER, 2016; FRANCO e HUBNER, 2019).

Este estudo se interessa pelo campo da atenção psicossocial às pessoas que usam drogas, especificamente os CAPS-AD, por serem dispositivos de referência para situações de crise. Não obstante ao interesse da autora, de forma geral, há lacunas na literatura sobre o tema, majoritariamente focada em estudos que abordam as concepções de crise neste âmbito de forma circunscrita às urgências clínicas ou derivadas da atenção às pessoas em sofrimento psíquico.

Pesquisas realizadas em serviços de atenção psicossocial brasileiros identificaram a existência de diferentes práticas de cuidado às crises adotadas pelos serviços e seus trabalhadores, podendo interferir na produção do cuidado em saúde. Apontaram ainda a necessidade dos processos formativos no âmbito do SUS considerarem a dimensão teórico-técnica presentes no cotidiano dos serviços, bem como a produção de conhecimento construída a partir da articulação com as redes de atenção e políticas intersetoriais, eixos fundamentais

³ Neste estudo será utilizado o termo trabalhador, uma vez que ele expressa as competências técnicas imbuídas nas práticas de saúde, mas sobretudo o lugar de sujeito ético-político produtor de cuidado (MERHY, 2005).

para a sustentação do modelo de atenção psicossocial (YASUI e COSTA-ROSA, 2008; FARIA e SCHNEIDER, 2019; DIAS, FERIGATO E FERNANDES, 2020; PIRES e SANTOS, 2021).

Tradicionalmente, as concepções de crise se relacionavam aos paradigmas biomédicos e de urgência/emergência. Este cenário foi ressignificado com o advento dos movimentos reformistas e implantação do modelo de atenção psicossocial, rompendo com práticas pautadas nos sintomas e no mito da periculosidade. As concepções de crise passaram a considerar processos de ruptura subjetiva e social, que em muitos casos geravam experiências de sofrimento psíquico, diferença ou mal-estar (AMARANTE, 2007; SOUZA, 2008; WILLRICH et al., 2011; BONFADA e GUIMARÃES, 2012; ZEFERINO, 2015).

Alguns autores destacam a atenção à crise um dos grandes desafios da reforma psiquiátrica, já que para dar sustentação ao modelo de atenção psicossocial faz-se necessário que o conjunto de dispositivos da rede esteja organizado para garantir a assistência integral à população, prescindindo os hospitais psiquiátricos e instituições similares. Em outras palavras, as redes de atenção precisam ser capazes de disponibilizar os recursos comunitários e territoriais necessários ao cuidado das situações de sofrimento psíquico graves e persistentes, incluindo as comorbidades clínicas e de álcool e outras drogas (AMARANTE, 2007; SOUZA, 2008; YASUI e COSTA-ROSA, 2008; GARCIA e COSTA, 2014; BRITO, BONFADA e GUIMARÃES, 2015; LOBOSQUE, *et al.*, 2021).

Neste sentido, acredita-se que esta pesquisa contribua para realização de estudos que abordem as concepções de cuidado às crises no campo da atenção psicossocial de pessoas que usam drogas. Poderá ainda ampliar o olhar dos trabalhadores, gestores e sociedade para as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS, qualificando a atenção e fortalecendo a rede de cuidados territoriais, tendo em vista os retrocessos nas políticas públicas impostos pelo governo do ex-presidente Jair Bolsonaro.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a (s) concepção (ões) de cuidado às crises de pessoas que usam drogas adotadas pelos trabalhadores dos CAPS-AD do município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

3.1.1 Objetivos Específicos

- Conhecer as práticas de cuidado às crises realizadas nos CAPS-AD;
- Refletir se a perspectiva da redução de danos fornece contribuições à (s) concepção (ões) de cuidado às crises nos CAPS-AD, pautados no modelo de atenção psicossocial.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 MODELOS DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS QUE USAM DROGAS

O uso de substâncias psicoativas é presente em todos os momentos da história da humanidade, em diferentes povos e culturas, desenvolvendo ao longo dos tempos variações em sua forma, classificação e função.

Estudos de Escotado (1994), Araújo e Moreira (2006) e Carneiro (2006) demonstram a ancestralidade das substâncias psicoativas e como seu uso perpassa a constituição do sujeito na sociedade, encontrando em cada momento histórico e contexto cultural uma forma de singularizar sua experiência com as drogas, atribuindo-lhes um sentido e uma função.

Na contemporaneidade, existem tentativas variadas de explicar a relação que as pessoas estabelecem com as drogas: em sua dimensão religiosa (pecado), como uma nova forma de delito (criminalização) ou pelo viés biológico (resposta do organismo à estimulação de psicoativos). No entanto, todas elas teriam como pano de fundo a intensa insatisfação dos sujeitos frente à cultura e à sociedade de consumo (ESCOHOTADO, 2007).

As temáticas sobre drogas no Brasil sofrem influência da política proibicionista, que emerge ao longo do século XX em vários países do mundo com a implementação de legislações de cunho penal e repressivo. Nessa época, um pacto internacional sobre substâncias psicotrópicas passa a controlar a produção, distribuição e consumo das substâncias consideradas ilícitas, com significativo empenho dos Estados Unidos na adoção e disseminação de estratégias proibicionistas (VARGAS, 2008; RODRIGUES, 2008; SILVA, 2015).

Além de servir como método de regulamentação para o mercado de substâncias psicoativas, vigoroso e mobilizador de grandes interesses econômicos, o proibicionismo legitima uma prática moral e política que autoriza o Estado a efetivar normas de controle do consumo e comercialização das substâncias através de um fundamento médico-jurídico. Ou seja, defesa do uso legal sob estrito controle médico e criminalização de todas as outras formas de uso, operando a distinção entre drogas e fármacos (ESCOHOTADO, 2007; VARGAS, 2008; RODRIGUES, 2008).

Esta análise leva à compreensão de que a política de guerra às drogas⁴ não pretende promover a erradicação do consumo de substâncias ilícitas, mas direcionar o aparato coercitivo

⁴ O termo “Guerra às Drogas” popularizado por Richard Nixon nos anos 1970, então presidente dos Estados Unidos, deriva da política proibicionista que incorpora a função do Estado como penal e mantenedor da ordem social (Cf. Rodrigues, 2008).

estatal sobre camadas específicas da população, a exemplo dos pobres, imigrantes e negros, relacionando-os ao perigo e à criminalidade. Atualmente, apresenta-se de modo evidente nas ações repressivas, moralistas e curativas, que cumprem o papel de manutenção da ordem social através da atuação do Estado sobre o corpo e condutas das pessoas (RODRIGUES, 2008; SOUZA e CARVALHO, 2012; SOUZA, 2016; AZEVEDO e SOUZA, 2017).

O modelo de atenção baseado na abstinência tem suas raízes nas políticas proibicionistas e de guerra às drogas, reduzindo as experiências de uso de substâncias a comportamentos patológicos e/ou antissociais. Para tanto, acreditam que as práticas de intervenção devem orientar-se pelo isolamento, seja através das internações de longa permanência quando considerados doentes, ou do encarceramento quando julgados criminosos. Essa estrutura define os modos de organização social, reservando a alguns lugar de cidadania e a outros processos de exclusão e desenlace social (RODRIGUES, 2008; SOUZA e CARVALHO, 2012; AZEVEDO e SOUZA, 2017).

Sob uma lógica de cuidado diferenciada, o modelo de atenção psicossocial começa a se estabelecer no Brasil num contexto de redemocratização e efervescência dos movimentos sociais. Goulart (2015) situa o movimento de trabalhadores da saúde mental (1978), a presença do psiquiatra italiano Franco Basaglia (1978 e 1979) em algumas capitais brasileiras, bem como o lançamento do filme "Em nome da razão" (1979) entre os marcos que impulsionaram os processos de reforma na saúde mental e o movimento de luta antimanicomial (1987).

A consolidação do SUS também é fruto de um amplo processo democrático, conhecido como Reforma Sanitária, que estabeleceu a garantia de princípios fundamentais expressos pela Constituição Federal de 1988. Há convergência com os movimentos de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial, que compreendem as pessoas com experiências de sofrimento em sua dimensão psíquica e sociocultural, sendo a produção de cidadania condição inegociável para se alcançar saúde (BRASIL, 1988; AMARANTE, 2007; MORAES, 2008; GOULART, 2015; CFP, 2018).

A Lei Federal nº 10.216/2001 demonstra um importante passo na consolidação do modelo de atenção psicossocial destinado às pessoas em sofrimento psíquico. Rompe com a lógica da internação e segregação que estruturavam as práticas tradicionais e possibilita a criação de uma rede de serviços territoriais que, em articulação, promovem o cuidado integral dos usuários através da horizontalidade das ações, manutenção dos vínculos familiares e comunitários e fomento às condições de inserção social (BRASIL, 2001; AMARANTE, 2007; MORAES, 2008; GOULART, 2015).

Neste sentido, de acordo com Amarante (2007) a atenção psicossocial torna-se um campo que se constitui a partir da constatação da diversidade das necessidades que surgem quando o foco da atenção deixa de ser a doença e passa a ser a pessoa em sua existência-sofrimento, em suas relações sociais.

Como fundamentos da atenção psicossocial, consolida-se a rede de atenção psicossocial que se organiza no território, numa dimensão coletiva e permeada pela história, cultura e intersectorialidade; que se interessa pelo cotidiano das relações (dentro e fora) das instituições de saúde, composta por serviços, mas também por afetos, pessoas e vínculos. A oferta de acolhimento e cuidado possibilita que esses diferentes modos de experienciar o sofrimento encontre escuta e destino para as demandas, com oferta de cidadania e recusa de qualquer forma de violação de direitos, segregação e exclusão (LEAL e DELGADO, 2007; DELGADO, LOBOSQUE e LUCENA, 2020; VENTURA, VIDAL e NOGUEIRA, 2021).

Ainda que no campo AD a conformação do cuidado se evidencie a partir de uma dimensão patológica e/ou psicopatológica, abre-se espaço para reconhecer os contextos e as relações que os diferentes sujeitos estabelecem com o uso das drogas. Isso não quer dizer negar que as experiências de uso prejudicial de drogas podem gerar patologias, mas que há modos singulares de vivenciar esses processos.

Dessa forma, pensar a crise e o cuidado às crises na atenção às pessoas que usam drogas demandará a contribuição e a articulação de diversos atores, dispositivos e saberes. A produção do cuidado em situações de sofrimento grave e realidades tão complexas exige operar junto aos territórios modos de atenção que considerem os problemas do viver, ou seja, constituir-se como um campo que reconhece a importância de transformações concretas e cotidianas na vida das pessoas (VENTURA, VIDAL e NOGUEIRA, 2021, MACHADO, MODENA e LUZ, 2021).

4. 2 A REDUÇÃO DE DANOS COMO ÉTICA DE CUIDADO

A redução de danos (RD) é concebida na década de 1920 no Reino Unido com ações baseadas na prescrição de heroína e cocaína para controlar os sintomas de abstinência entre os dependentes dessas substâncias. Em meados da década de 1980, com a descoberta da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), alguns países da Europa voltaram a pensar em estratégias de RD junto aos usuários de drogas injetáveis, fazendo a distribuição de agulhas e seringas como tentativa de conter os índices alarmantes de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (NIEL e SILVEIRA, 2008).

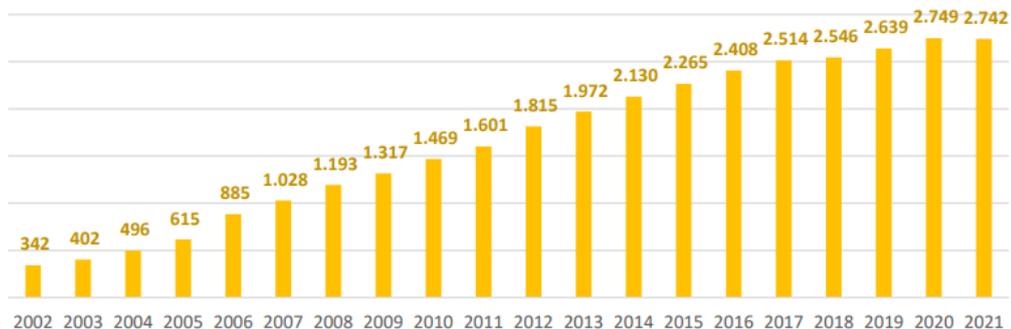
No Brasil, as primeiras práticas de RD aconteceram no final da década de 1980 por iniciativa de organizações não governamentais e grupos de usuários, circunscritas à distribuição de insumos entre usuários de drogas injetáveis. Mas foi somente no início dos anos 2000 que a RD veio compor o cenário das políticas públicas sobre drogas, especialmente a partir da “Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas” do Ministério da Saúde (MS), passando a ser considerada um dos orientadores no cuidado às pessoas que usam drogas (BRASIL, 2003; 2005; NIEL e SILVEIRA, 2008).

No âmbito da assistência às pessoas usuárias de drogas no SUS, o modelo de atenção psicossocial tem como pressupostos a reforma sanitária, a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial, agregando a RD como estratégia ética de cuidado. Os CAPS-AD são componentes deste modelo, sendo espaços de referência para as situações de crise que envolvam o uso prejudicial de álcool e outras drogas.

No entanto, ainda que embasados por um vasto arcabouço teórico e legal, os serviços de atenção psicossocial não têm recebido o investimento necessário no país, com gradativa redução na implementação de novos dispositivos (MORAES, 2008; BRASIL, 2002, 2003, 2005, 2011, 2012, CRUZ, GONÇALVES e DELGADO, 2020).

O Gráfico 1, a seguir, demonstra a série histórica referente à expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, considerando o período compreendido entre 2002 e 2021.

Gráfico 1 – Série histórica da expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - Brasil



Fonte: Adaptado de “Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no SUS”, 2021.

Para alguns autores, a RD não deve se restringir a uma estratégia a ser adotada por um dispositivo de saúde especificamente, mas ocupar nas políticas públicas uma dimensão transversal, que não se esgote em ações isoladas ou citações em documentos normativos. Expressa uma posição de centralidade no sujeito, que reconhece suas dificuldades sem encerrar-se nelas, alcançando aqueles que não conseguem ou não desejam interromper o uso de drogas (NIEL e SILVEIRA, 2008; SOUZA e CARVALHO, 2012).

Numa perspectiva ética, clínica, social e política, Lancetti (2015) e Machado, Modena e Luz (2021) compreendem que a principal missão da RD é a busca pela ampliação das possibilidades de vida das pessoas com sofrimentos relacionados ao uso prejudicial de drogas. Com isso, provoca os trabalhadores e operadores das políticas públicas neste âmbito a sustentar um grande desafio, que é assegurar a sobrevivência das pessoas e proporcionar dignidade, respeito às diferenças e acesso a direitos sociais básicos.

Deste modo, amplia o escopo das práticas de saúde por considerar a participação dos usuários, suas necessidades e vulnerabilidades na construção dos projetos de cuidado. A abstinência deixa de ser a principal meta a ser alcançada, sendo o trabalho estruturado na perspectiva do acesso à cidadania e melhoria das condições de vida das pessoas que usam drogas (QUEIROZ, JARDIM e ALVES, 2016; MIRANDA e EIDELWEIN, 2017, ARAÚJO e PIRES, 2018; MACHADO, MODENA e LUZ, 2020b, 2021).

4.3 POLÍTICAS SOBRE DROGAS: UM CAMPO EM DISPUTA

A política sobre drogas no Brasil é um campo controverso e permeado por disputas de cunho político, ideológico e econômico em torno do modelo de atenção a ser adotado pelo SUS. Enquanto o modelo da abstinência opera sob a lógica moral, biomédica e centralizada nas internações, o modelo de redução de danos compreende a produção do cuidado em saúde por meio de perspectivas ampliadas em contexto comunitário e territorial (MORAES, 2008; CFP, 2018; MACHADO, MODENA e LUZ, 2020b, 2021).

Quando em 2010 o governo federal instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, através do Programa “Crack, é possível vencer”, há um deslocamento das ações neste âmbito para o Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), imprimindo um viés mais repressivo às políticas sobre drogas. Este programa propõe a ampliação do número de leitos para usuários de crack e outras drogas em instituições não pertencentes à rede substitutiva do SUS, com conseqüente comprometimento dos serviços próprios, de natureza pública (BRASIL, 2010).

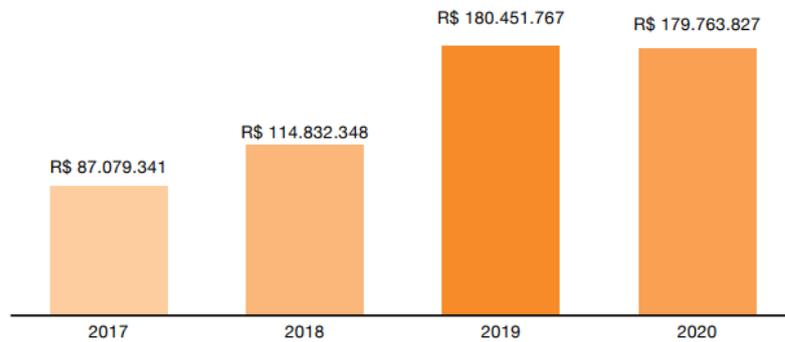
Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) regulamenta a RAPS para pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Orientada pela lógica do território e práticas cidadãs, essa política não incorpora o hospital psiquiátrico entre seus dispositivos. Entretanto, prevê a existência de serviços de atenção de caráter residencial entre os quais se encontram as comunidades terapêuticas, que desde então vêm recebendo incentivo e financiamento público em larga ascensão no Brasil (BRASIL, 2011; CFP, 2018; CEBRAP, 2022).

É fundamental compreender, também, que a implementação dessa nova agenda política e normativa ocorreu à base de muita resistência. Isso porque o interesse mercantil é uma das características mais marcantes do modelo manicomial segregacionista brasileiro. Por muito tempo, ganhou-se muito dinheiro no país com a promoção da exclusão e do silenciamento daqueles e daquelas que carregavam o rótulo de indesejáveis (CFP, 2018, p. 23).

As comunidades terapêuticas (CTs) são dispositivos de caráter residencial que propõem acolhimento temporário – não necessariamente curto – às pessoas que fazem uso de drogas. Seu modelo de atuação é baseado no isolamento, abstinência e laborterapia, na grande maioria dos casos, guardam um viés moral-religioso associado ao uso de substâncias. No Brasil, as CTs apresentam um desenvolvimento bastante peculiar devido à associação com denominações religiosas (CFP 2018; CEBRAP, 2022).

As CTs são entidades de âmbito privado, sem fins lucrativos e que vêm crescendo concomitantemente ao fortalecimento de seu capital político, sendo que na última pesquisa de abrangência nacional foram contabilizadas quase 2 mil instituições em todos os estados brasileiros. O montante de investimento federal entre 2017 e 2020 chegou a R\$ 300 milhões e, considerados os valores repassados por governos e prefeituras de capitais, atingiu-se R\$ 560 milhões (CFP, 2018; CEBRAP, 2022), conforme ilustra o Gráfico 2.

Gráfico 2: Total do financiamento público de CTs (2017-2020)



Fonte: Adaptado do levantamento do CEBRAP de “Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras”, 2022.

Além das graves violações de direitos humanos identificadas nessas instituições, o investimento público nas CTs compromete a ampliação e o fortalecimento dos CAPS e CAPS-AD. Nos últimos anos, mudanças em curso nas políticas públicas sobre drogas têm gerado grandes retrocessos para o modelo de atenção psicossocial brasileiro, com financiamento insuficiente, precarização dos serviços e descaracterização das concepções de cuidado inerentes a esse modelo (CFP, 2018; CRUZ, GONÇALVES e DELGADO, 2020; BRASIL, 2021, CEBRAP, 2022).

A Política Nacional sobre Drogas (PNAD) passa a reger-se pelo Decreto nº 9761/2019, que prevê financiamento às comunidades terapêuticas e às entidades que as representam, assumindo uma lógica de atenção orientada pela abstinência e confinamento como prioritários. O cuidado orientado pela RD não aparece no texto da nova política, tendo como consequência o desfinanciamento de iniciativas com essa concepção. A ruptura com o modelo de atenção psicossocial fica mais evidente com o realinhamento da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e sua separação da PNAD (BRASIL, 2019a, 2019b).

A Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS reúne toda a normativa que pretende impor o retorno ao paradigma asilar para as pessoas com experiências de sofrimento decorrentes ou não do uso de substâncias. O investimento público aos hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, o retorno de ambulatórios psiquiátricos descontextualizados dos territórios, bem como a fragmentação da atenção primária são orientações da nova política, configurando grave ameaça à consolidação da RAPS ou até mesmo seu desmonte (BRASIL, 2019b; CRUZ, GONÇALVES e DELGADO, 2020).

Neste sentido, os modelos de atenção são campos permeados por debates que extrapolam o cuidado em saúde, pois se relacionam aos aspectos sociais, clínicos e políticos

presentes na atenção às pessoas que usam drogas. Definir sobre um modelo de atenção é pensar na função das políticas públicas dentro de um projeto de sociedade e, sobretudo, no lugar que as pessoas ocupam nesta engrenagem.

4.4 A CRISE NO CAMPO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: DO DESMONTE ÀS PRÁTICAS DE RESISTÊNCIA

O cenário brasileiro atual no que tange às políticas públicas pode ser percebido pelo advento da crise, que se expressa pelo esvaziamento dos norteadores de uma sociedade democrática de direitos.

Marques *et al.* (2019) apontam como a empreitada neoliberal em curso no país tem operado processos de desmonte de estruturas sociais que pensávamos asseguradas. Reflexão que expõe o desinvestimento maciço em políticas públicas, sobretudo no campo da saúde e assistência social, afetando as condições de vida das populações mais vulneráveis e intensificando diferentes formas de desigualdade.

No que se refere às políticas de saúde mental, álcool e outras drogas, este cenário de desmonte tem se expressado mais evidente nos últimos anos, seja na dificuldade de manutenção dos programas que compõem a atenção primária ou na implementação de novos serviços especializados, tais como os CAPS e CAPS-AD. Desde o ano de 2016, mudanças normativas têm evidenciado um incremento consideravelmente menor na implementação de novos CAPS: se entre 2004 e 2015 a média situava-se em torno de 130 novos serviços anuais, nos anos de 2017 e 2018 o ritmo praticamente se estagnou com a implementação de apenas 30 serviços (CRUZ, GONÇALVES e DELGADO, 2020).

Cabe ressaltar que neste mesmo período o MS consolidou a Portaria nº 3.588/2017 com disposições sobre a RAPS, que apesar de definir a existência dos CAPS-AD IV destinados às pessoas com quadros graves decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, apresenta uma reversão importante no modelo de cuidados a ser ofertado a esta população. Parece haver uma tentativa de “hospitalizar” o cuidado em álcool e outras drogas, com aumento seletivo de leitos em hospitais gerais e incentivo financeiro às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2017; CRUZ, GONÇALVES e DELGADO, 2020).

A este contexto já precarizado do ponto de vista estrutural soma-se a fragilização ideológica, quando modelos democraticamente construídos são atacados pela regulamentação de normativas que pretendem a mercantilização da saúde junto à retomada do paradigma asilar. Descaracteriza-se a proposta de atenção psicossocial com a centralização das ações na

perspectiva da urgência e emergência em detrimento da construção dos vínculos terapêuticos (BRASIL, 2017; CRUZ, GONÇALVES e DELGADO, 2020).

Entre as condutas de desmonte engendradas pelo governo federal consta a reorientação da política de drogas com clara ruptura com o modelo de atenção psicossocial. A nova política sobre drogas (PNAD/2019) prevê financiamento às comunidades terapêuticas e às entidades que as representam, assumindo uma abordagem proibicionista e punitivista das questões advindas do uso de álcool e outras drogas. Suas práticas de atenção centralizam-se na promoção e manutenção da abstinência, conquistadas através da internação em detrimento do cuidado comunitário e territorial (BRASIL, 2019; CRUZ, GONÇALVES e DELGADO, 2020).

Desvela-se um movimento perverso em que o poder público precariza os serviços da RAPS, para em sequência desqualificar sua função e efetividade. Nessa direção, observamos atualmente o alargamento das correntes conservadoras, enviesadas pela moral religiosa e seu lastro político-ideológico. O resultado dessa equação é percebido no fortalecimento de instituições privadas através do seu incentivo financeiro e legal (CFP, 2018; CRUZ, GONÇALVES e DELGADO, 2020; CEBRAP, 2022).

Em 2017, uma inspeção realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em comunidades terapêuticas de todo Brasil identificou a adoção de métodos que remontam à lógica de internação, inclusive compulsória, como recurso primeiro e exclusivo de suposto tratamento. Constataram-se, ainda, práticas que configuram grave violação dos direitos humanos, como restrições à livre circulação e ao contato com o mundo exterior; afastamento dos pacientes da sua comunidade e território de origem; desrespeito à liberdade religiosa e imposição do trabalho como fundantes do suposto tratamento (CFP, 2018).

Azevedo e Souza (2017) abordam esta questão a partir da crítica à internação compulsória, que vem sendo utilizada como estratégia e solução para problemas relacionados ao uso de drogas, sobretudo o crack, ainda que seja fracassada sua eficácia enquanto abordagem de cuidado. O uso da internação compulsória apresenta-se como um dos desafios à ampliação e continuidade da reforma psiquiátrica brasileira, pois encarna um processo antagônico aos seus pressupostos, com risco de conduzir à reedição de práticas manicomiais.

Ainda nessa perspectiva, os autores citados anteriormente argumentam como os poderes médico-jurídicos têm se aliado ao Estado na legitimação de práticas de controle dos modos de viver, circunscrevendo as experiências relacionadas ao uso de substâncias. Os comportamentos humanos passam a ser vigiados e analisados em nome da proteção da sociedade, justificando o agenciamento dos corpos no cenário social. O olhar do Estado se volta aos grupos considerados

minoritários, tais como as populações periféricas, negros e imigrantes, estabelecendo modelos de intervenção pautados em ações repressivas e higienistas (AZEVEDO e SOUZA, 2017).

Foucault (2001) em “Os anormais” aponta a existência de uma reivindicação de poder entre o campo da medicina e do direito efervescente desde o início do século XIX, tendo como pano de fundo o enquadramento do comportamento humano à sociedade. Como fundamento desta disputa encontra-se o conceito de “anormalidade”, sustentando o argumento de defender a sociedade daqueles indivíduos desviantes das regras morais e sociais.

Através do exame psiquiátrico tornava-se possível distinguir os comportamentos anormais daqueles potencialmente delinquentes, determinando o poder de matar e o de produzir verdade. Dito de outro modo, traçavam-se as tecnologias pelas quais seriam determinadas a convivência em sociedade ou a exclusão em instituições. Àqueles sujeitos portadores de uma disfunção patológica caberiam estratégias curativas, muitas vezes com a necessidade de isolamento e tratamentos coercitivos; enquanto aos delinquentes restariam ações de disciplinarização dos corpos, adequando-os aos códigos de convivência social por meio do sistema penal (FOUCAULT, 2001).

De acordo com Marques *et al.* (2019), temos observado cotidianamente o fortalecimento de estratégias políticas pautadas na segurança, com clara associação entre risco e vulnerabilidade, assumindo uma lógica que busca o enquadramento humano e o apagamento dos diferentes modos de existir, lógica comum às instituições totais. No entanto, onde situaria a loucura e as diversas experiências possíveis relacionadas ao uso de drogas?

A esta política que atravessa corpos e subjetividades nomeamos Necropolítica. Ela se autoriza em nome da proteção de uma parcela específica da população, aquela que age em coesão com os códigos sociais. Não se trata de construir formas de gestão da vida, ao contrário, faz a gestão da morte quando nega ao cidadão em situação de extrema vulnerabilidade o amparo por meio de políticas sociais e o hiperinvestimento na segurança pública (MARQUES *et al.*, 2019).

O conceito de Necropolítica se aproxima da configuração de regimes totalitários, tal como observamos no atual governo brasileiro. Barros (2020) chama a atenção para o reducionismo da existência humana à mera condição biológica de sobrevivência, uma vez que impera o individualismo e a destruição das organizações sociais. Testemunhamos o anulamento das condições de pertencimento social, a exclusão, o abandono e, em última instância, o extermínio de segmentos da população considerados descartáveis ou não merecedores de ocuparem um lugar de cidadania.

Habitamos um cenário de extrema desigualdade social em que a violência e a produção do medo, inflamados pelo discurso midiático, provocam uma experiência social paradoxal: (enfraquecimento-paralisia) que demonstram a fragilidade no enfrentamento de modelos preestabelecidos, tal como observável na lógica capitalista, produzindo uma reprodução dos modos de viver; (fortalecimento-movimento) que se corporifica no presente, convocando à ação, aos processos de mudança, ao abandono do pensamento colonizado na construção de redes afetivas que partilham ao invés de polarizar (BARROS, 2020).

O grave cenário de desmonte das políticas públicas convoca-nos às invenções dos modos de cuidar. Neste sentido, a Organização Mundial de saúde (OMS) lançou no ano de 2021 um conjunto de publicações contendo orientações técnicas aos serviços comunitários de saúde mental. Um dos eixos temáticos contempla os serviços de crise em saúde mental e a promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas nos direitos humanos e sociais.

Em seu texto, a OMS chama a atenção para que os dispositivos de cuidado às crises ocupem o lugar de amparo às situações de sofrimento mental agudo, tendo em vista o risco dos modelos de atenção e os próprios serviços reproduzirem violações de direitos, incluindo internações forçadas e outras práticas coercitivas. As orientações presentes no documento da OMS baseiam-se nas boas práticas de atenção à crise, recolhendo experiências de serviços do mundo inteiro, países de baixa e de alta renda, que utilizem abordagens pautadas nos direitos humanos e recuperação (*Recovery*).

Os aspectos fundantes dessas abordagens são: respeito à capacidade legal, conferindo aos usuários dos serviços de saúde mental autonomia com relação as propostas de tratamento e cuidado; práticas não coercitivas, que incorporem um serviço de “portas abertas” com a garantia do direito à liberdade das pessoas; participação, por meio da valorização da experiência de vida e não somente do conhecimento técnico; inclusão na comunidade, através do acesso de usuários a oportunidades, benefícios e programas sociais nos vários âmbitos; e por fim, recuperação (*Recovery*) que consideram as experiências de sofrimento em todo seu contexto, recusando práticas de atenção centradas no diagnóstico, tratamento e redução dos sintomas (OMS, 2021).

Conforme conclui Barros (2020), enfrentar a “crise” em sua perspectiva social, ética e política requer um movimento de reversão do medo em resistência, assumindo uma atitude coletiva que inclua cidadãos comuns, sociedade civil organizada, trabalhadores e gestores das políticas públicas. Para tanto, é preciso abandonarmos formas estáveis de construção do conhecimento e restabelecer nossa capacidade de detectar e agir sobre o intolerável.

4.5 CONCEPÇÕES DE CRISE: REVISITANDO A HISTÓRIA E AMPLIANDO POSSIBILIDADES

As concepções de crise são polissêmicas e multidimensionadas, podendo ser aplicadas a várias áreas do conhecimento, tais como a medicina, ciências sociais e políticas, economia e até mesmo na dramaturgia (SOUZA, 2008; LIMA, TEIXEIRA e PINHEIRO, 2012; MICHAELIS, 2014; ZEFERINO, 2015).

De acordo com o dicionário da língua portuguesa Michaelis (2014), a etimologia da palavra “crise” vem do grego *krísis* que se refere ao momento de “separar”, “decidir”, “julgar”, promovendo uma ruptura com o estado anterior. Nas ciências médicas, seu sentido inicial relaciona-se aos processos de curso de uma doença entre a melhora ou desenlace fatal, determinados por uma ação.

Tradicionalmente, as concepções de crise estiveram associadas ao campo da urgência e emergência, seguindo os paradigmas biomédicos de sua origem. Quando se descreve a crise circunscrevendo-a num órgão ou parte do corpo, por exemplo, tem-se a dimensão de como os processos de saúde tendem a uma compreensão patológica dos fenômenos, guardando ainda hoje resquícios dessa concepção (SOUZA, 2008; BONFADA e GUIMARÃES, 2012; ZEFERINO, 2015; DIAS, FERIGATO e FERNANDES, 2020).

A Portaria nº 354/2014 do MS define urgência como a “ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” e emergência relacionando-a a “constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” (BRASIL, 2014).

Ainda hoje, os conceitos de urgência e emergência costumam ser relacionados às concepções de crise. A nuance entre eles diz respeito à noção temporal de risco, ou seja, enquanto uma situação de urgência ou emergência exige assistência médica imediata, os contextos de crise nem sempre irão caracterizar uma realidade de urgência ou emergência em saúde mental (BONFADA e GUIMARÃES, 2012; ZEFERINO, 2015; DIAS, FERIGATO e FERNANDES, 2020).

As intervenções de urgência e emergência não distinguem eventos clínicos daqueles relacionados à saúde mental. Orientam-se por uma herança biomédica e intervencionista dos processos de saúde, centralizando suas ações no cuidado com o corpo e na contenção de comportamentos. Essas contradições históricas trazem desafios à efetivação de um cuidado integral e humanizado às pessoas em sofrimento psíquico, uma vez que a singularidade da crise

deixa de ser observada (BONFADA e GUIMARÃES, 2012; DIAS, FERIGATO e FERNANDES, 2020).

No âmbito da psiquiatria clássica, as concepções de crise relacionavam-se às situações de grave disfunção e alienação, com conseqüente isolamento do paciente no manicômio para observação e descrição dos sintomas. Há uma valorização da doença, sendo os esforços das propostas de tratamento voltados à cura da doença mental, tal como propõe Pinel com o tratamento moral. Como conseqüências dessa concepção, existem práticas de contenção à crise baseadas no uso de psicofármacos, eletroconvulsoterapia e outros dispositivos biomédicos (BIRMAN e COSTA, 1994; DESVIAT, 1999; AMARANTE, 2007).

De acordo com Willrich *et al.* (2011), esta concepção de crise associada à agudização da sintomatologia psíquica e à presunção de periculosidade revelam uma faceta da sociedade que anseia por práticas baseadas na dominação, punição e reclusão dos sujeitos não adequados ao convívio social. São concepções de crise ancoradas no paradigma manicomial, pois acreditam na existência de um lugar detentor de saber especializado e recursos estruturais capazes de circunscrever a experiência da loucura.

Com o surgimento da psiquiatria comunitária, as concepções de crise passaram a se basear nas perspectivas “evolutivas e acidentais”, aprofundadas por Gerald Caplan com elementos da psiquiatria preventiva (ideia de prevenção, risco e população de risco). Baseiam-se na compreensão de que no curso da vida as pessoas podem enfrentar “crises evolutivas geradas pelos processos normais de desenvolvimento físico, emocional ou social, ou crises acidentais, imprevistas, precipitadas por uma grande ameaça de perda ou por uma perda” (BIRMAN e COSTA, 1994, p. 57; DESVIAT, 1999, AMARANTE, 2007).

A crise torna-se o grande momento do desajustamento, a fissura no sistema adaptativo do indivíduo. Transforma-se em signo de intervenção, para reequilibrar o indivíduo, promovendo a sua saúde mental, já que foi empiricamente observado que nas pessoas que adoeceram mentalmente, os primeiros indícios de suas modificações ocorreram em momentos de crise (BIRMAN e COSTA, 1994, p. 57).

Mais tarde esses pressupostos dariam fundamentação ao modelo de intervenção em crise rapidamente adaptado pela psiquiatria norte-americana, ampliando-se ao atendimento comunitário e de saúde pública, com contribuições da psicanálise, terapias sistêmicas, behavioristas e psicofarmacológicas. Entretanto, uma crítica a essa concepção de crise é que ela não considera as especificidades e necessidades de cada sujeito, correndo o risco de reduzir as enfermidades mentais a um sistema causal ou a “psiquiatrização da vida social” (BIRMAN e COSTA, 1994; DESVIAT, 1999; AMARANTE, 2007).

Este percurso demonstra que os aspectos fundantes das concepções e abordagens às crises acompanham os modos de organização do campo da saúde, especialmente as modificações da psiquiatria em determinados contextos históricos e sociais. Desde o século XVIII, com a apropriação da loucura pelo discurso científico, até os primeiros movimentos de reforma psiquiátrica no séc. XX, a atenção às crises evidencia um cenário de contradições epistemológicas e práticas (DESVIAT, 1999; AMARANTE, 2007; MARTINS, 2012).

O modelo de atenção psicossocial expressa uma ruptura com o paradigma manicomial e com o saber médico hegemônico, provocando mudanças profundas na lógica de cuidados às pessoas em sofrimento psíquico. Com a reorientação do modelo técnico-assistencial, as concepções de crise buscam extrapolar uma leitura moral, biológica e psicopatológica das experiências de sofrimento, levando em consideração as questões subjetivas e sociais que permeiam uma crise (LOBOSQUE, 2001; AMARANTE, 2007; YASUI e COSTA-ROSA, 2008; WILLRICH *et al.*, 2011; GARCIA e COSTA, 2014; GOULART, 2015; ZEFERINO, 2015).

De acordo com Amarante (2007):

[...] a crise é entendida como o resultado de uma série de fatores que envolvem terceiros, sejam estes familiares, vizinhos, amigos ou mesmo desconhecidos. Um momento que pode ser resultado de uma diminuição do limiar de solidariedade de uns para com outros, de uma situação de precariedade de recursos para tratar a pessoa em sua residência, enfim, uma situação mais social que puramente biológica ou psicológica (AMARANTE, 2007, p. 73).

Assim, as concepções de crise na atenção psicossocial passam a incorporar a presença de quadros de sofrimento psíquico produzido por várias conjunturas, não apenas no âmbito estritamente sanitário. Apresentam-se, muitas vezes, associadas à presença de comorbidades diversas, clínicas e de álcool e outras drogas, agravados por contextos sociais de violências e vulnerabilidades. Demandarão estratégias de cuidado ampliadas, longitudinais ou mesmo imediatas, desenvolvidas pelos dispositivos territoriais e articuladas com os equipamentos intersetoriais, arranjos sociais e da cidade (SOUZA, 2008; YASUI e COSTA-ROSA, 2008; ZEFERINO, 2015; LOBOSQUE *et al.*, 2021).

Entre os dispositivos de atenção psicossocial, os CAPS e CAPS-AD são espaços destinados a ofertar atendimento às crises, podendo se estabelecer em diferentes modalidades de acordo com a complexidade das suas ações e abrangência populacional (BRASIL, 2002; 2012; 2017b). Muitas vezes, são a porta de entrada às pessoas com quadros de sofrimento psíquico e uso prejudicial de álcool e outras drogas na rede de atenção, ordenando o cuidado

junto aos outros dispositivos da rede (AMARANTE, 2007; SOUZA, 2008; MORAES, 2008; LOBOSQUE et al. 2021).

A RAPS reúne e estrutura os pontos de atenção à saúde destinados às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Os pressupostos que regem essa rede apresentam-se em consonância com o modelo de atenção psicossocial, ressaltando-se as diretrizes do cuidado integral com preservação da autonomia e liberdade das pessoas, acesso às condições de cidadania e reconhecimento dos determinantes sociais da saúde, ênfase nos serviços de base territorial e comunitária e desenvolvimento das estratégias de redução de danos (BRASIL, 2011).

Contudo, não há como desconsiderar as mudanças em curso nas políticas públicas sobre drogas no país, visto que elas evidenciam um cenário de disputa entre o modelo da abstinência, que opera sob a lógica moral, biomédica e centralizada nas internações, e o modelo de redução de danos, que compreende a produção do cuidado em saúde por meio de perspectivas ampliadas e em contexto comunitário e territorial (MORAES, 2008; SOUZA e CARVALHO, 2012; CFP, 2018; FARIA e SCHNEIDER, 2019; MACHADO, MODENA e LUZ, 2020a, 2021).

Portanto, as concepções de crise no campo de álcool e outras drogas apresentam lacunas e contradições, sendo muitas vezes circunscritas aos aspectos clínicos ou derivadas da atenção às pessoas em sofrimento psíquico. A investigação na literatura identificou uma escassez de estudos que abordem as concepções de cuidado às crises neste âmbito, o que se configurou como objeto de investigação.

5 ASPECTOS METODOLÓGICOS E ÉTICOS

Gaskell e Allum (2008) fundamentam que a pesquisa social se dá a partir da investigação da ação empírica, ou seja, pressupõe inicialmente que haja um interesse do pesquisador naquele campo de pesquisa, refutando assim a ideia de neutralidade e imparcialidade presentes em outras áreas do conhecimento científico.

Spink (2008) compartilha dessa compreensão ao reconhecer que cabe ao pesquisador, assim como a outros membros competentes de uma comunidade moral, refletir e se reposicionar frente ao cotidiano dos lugares e micro lugares onde a vida acontece. Com isso, torna-se possível pensar a psicologia social como campo de prática social, no qual o pesquisador pode se inserir de maneira horizontal, atento aos encontros diários e às oportunidades de sociabilidades e materialidades inerentes à vida coletiva.

Noutras palavras, ir ao encontro de “uma inserção ordinária e corriqueira – diferente daquela do especialista e do observador imparcial”. Colocar-se dentro de um campo de pesquisa tornando-se parte do seu cotidiano, movimentando pautas e contribuindo para a sua sustentação. Posição que convida a um giro epistemológico no sentido de rever a ideia de que trabalhar na própria cultura requer ocupar um lugar estranho, distante e objetivo (SPINK, 2008, p. 71).

O delineamento do campo de pesquisa se constitui na atenção psicossocial às pessoas que usam drogas no âmbito do SUS, sendo o objetivo geral do estudo: investigar a (s) concepção (ões) de cuidado às crises de pessoas que usam drogas adotadas pelos trabalhadores dos CAPS-AD do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Como objetivos específicos, elecam-se: conhecer as práticas de cuidado às crises realizadas nos CAPS-AD; refletir se a perspectiva da redução de danos fornece contribuições à (s) concepção (ões) de cuidado às crises nos CAPS-AD, pautados no modelo de atenção psicossocial.

Cabe mencionar que a inserção do trabalhador-pesquisador no campo de prática e ao mesmo tempo de pesquisa traz desafios e potências à construção do conhecimento científico, tal como argumentado por Penido (2015, 2020). Esse aspecto é sugerido no texto da dissertação por meio de notas da trabalhadora-pesquisadora e incluem sua percepção sobre o campo, temas e práticas realizadas no cuidado às crises no âmbito da atenção psicossocial.

A pesquisa qualitativa se insere neste “universo de significados”, tornando-se possível a interlocução entre os fenômenos humanos e a realidade social. Através da aproximação com o campo de pesquisa e utilização de instrumentos metodológicos, as ações dos indivíduos ou grupos compõem objetos de reflexão, interpretação e conexão com o meio, proporcionando uma forma de leitura dos fenômenos sociais (MINAYO, 2013).

Neste sentido, trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, sendo seu princípio de delineamento uma amostragem não probabilística, fazendo referência à seleção dos participantes. Ou seja, o estudo não busca ser representativo de uma população, mas contribuir no aprofundamento de sentidos, conceitos e práticas que envolvem a realidade pesquisada (GASKEL e ALLUM, 2008).

De acordo com Minayo (2013), o processo de trabalho em pesquisa qualitativa se divide em três etapas: (1) fase exploratória; (2) trabalho de campo; (03) análise e tratamento do material empírico e documental. As atividades de cada etapa foram descritas e planejadas de acordo com um cronograma de execução.

As técnicas de produção de dados utilizadas para a concretização dos objetivos da pesquisa foram: a) Pesquisa bibliográfica nas bases de dados do MS por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e nas plataformas PubMed e SciELO; b) Entrevistas individuais realizadas com trabalhadores dos CAPS-AD III do município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

No que se refere aos cuidados éticos, esta pesquisa foi submetida à Assessoria de Educação em Saúde (ASEDS) da Prefeitura de Belo Horizonte, bem como ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP), com parecer favorável à sua realização. Todos os participantes deste estudo receberam por e-mail cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) compartilhado por meio da plataforma Google Forms, formalizando sua participação através da resposta do formulário (Apêndice A).

5.1 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

O arcabouço teórico desta pesquisa se estruturou por meio de uma revisão bibliográfica sobre o objeto de estudo, utilizando para isso uma gama de materiais, tais como: livros, revistas científicas, dissertações e teses, documentos legislativos, manuais e/ou cartilhas da área, *lives* e publicações em conteúdo impresso ou acessado eletronicamente por meio das bases de dados científicos.

Para redação do capítulo “Concepções de crise: revisitando a história e ampliando possibilidades”, foi realizada uma revisão bibliográfica nas plataformas BVS, PubMed e SciELO, usando as palavras-chave: “Intervenção na Crise”; “Urgência”; “Emergência”; “Centros de Tratamento de Abuso de Substâncias”; “Atenção Psicossocial.”

5.2 ENTREVISTAS ON-LINE E ESCOLHA DOS TRABALHADORES PARTICIPANTES

Foram incluídos na pesquisa os 03 (três) CAPS-AD III localizados em Belo Horizonte/MG, também denominados no município como CERSAM-AD⁵: CERSAM-AD Barreiro (referência para regionais Barreiro e Oeste); CERSAM-AD Nordeste (referência para regionais Nordeste e Norte); CERSAM-AD Venda Nova (referência para a regional Venda Nova e parte da regional Pampulha).

O CERSAM-AD Centro-Sul ou Centro Mineiro de Toxicomania (CMT) foi habilitado pelo MS como um CAPS-AD III, passando a integrar a RAPS de Belo Horizonte. No entanto, devido à vinculação institucional com a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) não foi incluído na pesquisa, uma vez que seria necessário submeter o projeto à aprovação de outras esferas administrativas, com risco de prejuízos no andamento da pesquisa.

O CERSAM-AD Pampulha/Noroeste configura-se como um CAPS-AD IV, regulamentado pela Portaria n° 3.588/2017 do MS, trazendo diretrizes de funcionamento diferentes dos CAPS-AD III. De acordo com o estabelecido nesta normativa, a atenção às crises na modalidade IV se estrutura a partir da lógica da urgência e emergência, sendo este serviço mais robusto em número de leitos noturnos (até 30 leitos) e de profissionais da área da medicina e enfermagem, o que poderia trazer especificidades e interferir no objeto de estudo. Por esse motivo, não foi incluído na pesquisa.

A escolha desses CAPS-AD participantes ajudou a delimitar a escolha dos entrevistados, que deveriam estar vinculados necessariamente a um desses CAPS.

Foram entrevistados técnicos de nível superior (TNS) dos 03 (três) CERSAM's-AD III vinculados à Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), contemplando as diferentes categorias que compõem as equipes multiprofissionais (assistentes sociais, enfermeiros, médicos e/ou psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais). A opção por contemplar diferentes serviços e categorias profissionais não teve o objetivo de produzir uma análise comparativa, mas possibilitar o aparecimento das nuances relativas às concepções de cuidado às crises entre as diferentes equipes, trabalhadores e serviços.

Entendemos que o cuidado às crises nos CAPS-AD é realizado por trabalhadores de diferentes categorias profissionais, níveis de formação ou vinculação institucional. Todos, sem

⁵ CERSAM-AD – sigla para Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e outras Drogas, nomeação utilizada pelo município de Belo Horizonte/MG para referir-se aos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD).

exceção, realizam ações ou abordagens que interferem direta ou indiretamente na trajetória de cuidado dos usuários. Por isso, a inclusão de todos esses atores como participantes da pesquisa tornar-se-ia inviável, considerando o tempo de duração de um mestrado. Optou-se pela inclusão dos trabalhadores de nível superior que, na prática, são os responsáveis por avaliar os contextos de crise, propor estratégias de cuidado e participar diretamente da construção dos projetos terapêuticos dentro e fora do serviço.

A escolha dos participantes levou em conta a aceitação do trabalhador em colaborar com a pesquisa, bem como o tempo de experiência profissional na área da saúde (do maior para o menor) checado através das bases de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Ao todo, foram entrevistados 12 (doze) trabalhadores, chegando a esse número por critério de saturação (FONTANELLA e RICAS, 2008), por sua vez identificada na semelhança ou repetição de conteúdos abordados pelos participantes em resposta aos assuntos da entrevista. No serviço 1 foram entrevistados 05 (cinco) trabalhadores; no serviço 2 foram entrevistados 04 (quatro) trabalhadores e no serviço 3 foram entrevistados 03 (três) trabalhadores, conforme ilustrado na Tabela 1.

A divulgação inicial da pesquisa aconteceu por meio de contato via e-mail com os Núcleos de Educação Permanente (NEP) situados na gestão do trabalho dos distritos sanitários (Barreiro, Nordeste e Venda Nova), formalizando a anuência da SMSA-PBH para a realização do estudo. Após, foi feito contato com os (as) gerentes dos serviços contemplados por e-mail e por telefone, esclarecendo os procedimentos metodológicos e objetivos da pesquisa. Em seguida, foi realizada a aproximação com os trabalhadores por intermédio da gerência do serviço, que comunicou à equipe sobre a realização do estudo, sensibilizando-os à participação.

O TCLE foi encaminhado aos participantes por e-mail através do Google Forms, plataforma gratuita e segura, garantindo sigilo das informações e privacidade dos envolvidos. A participação na pesquisa aconteceu de forma voluntária, firmando-se com a concordância do trabalhador em participar da entrevista, antes da sua realização. A formalização do consentimento consta em documento gerado pelo Google Forms e arquivado pela pesquisadora. Para preservação da identidade pessoal e profissional, os participantes foram nomeados através de códigos acessíveis apenas à pesquisadora e à coordenadora do estudo.

As entrevistas individuais on-line foram realizadas por meio de plataforma de videoconferência de acesso gratuito. A autora se orientou por um roteiro de perguntas semiestruturadas elaborado com base em sua experiência no campo de pesquisa, bem como no referencial teórico levantado preliminarmente (Apêndice B).

A entrevista qualitativa, pois, fornece os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação. O objetivo é uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos (GASKELL, 2008, p. 65).

A escolha por realizar entrevistas virtuais se justificou pelo contexto de enfrentamento de uma pandemia de Coronavirus Disease (COVID-19). De acordo com Mendes (2009) e Salvador *et al.* (2020), uma das potencialidades das ferramentas on-line é a ampliação do acesso aos dados e maior agilidade no processo, podendo ocorrer em recortes diferentes de tempo e espaço.

5.3 ANÁLISE E TRATAMENTO DO MATERIAL

O tratamento do material é a etapa de construção singular do pesquisador, possibilitando a análise e interpretação dos dados empíricos à luz da teoria que estruturou a pesquisa (MINAYO, 2013). Nesta etapa, foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática, tendo em vista tratar-se de um método de análise qualitativa muito presente no campo da psicologia. O uso desse método possibilitou identificar, analisar e relatar padrões dentro dos dados, descrevendo-os e chegando a algum nível de interpretação (BRAUN e CLARKE, 2006).

Com a análise de conteúdo foram identificados 03 (três) eixos temáticos: 1) concepções de crise e o cuidado às crises no campo AD; 2) práticas de cuidado às crises nos CAPS-AD; 3) desafios assistenciais. Esses eixos foram discutidos com base no material das entrevistas e no referencial teórico, traçando sistematizações, reflexões e desafios relevantes para o cuidado às pessoas que usam drogas.

Por fim, cabe considerar que o atravessamento de uma pandemia de COVID-19 impôs desafios significativos ao andamento deste estudo, sendo necessária a adequação da forma de coleta dos dados, bem como a entrada no campo de pesquisa. Compreende-se, no entanto, que as ferramentas metodológicas utilizadas não afetaram a qualidade e relevância da pesquisa para o campo de conhecimento a que se destina contribuir.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Interessa-nos abordar as concepções de crise de trabalhadores que atuam em serviços pautados pelo modelo de atenção psicossocial como é o CAPS-AD, tomando o recurso das entrevistas como método de investigação em sua potência e desafios:

A sensação na primeira entrevista foi que em alguns momentos o participante, noutra momento colega de trabalho no SUS, me convidava a ocupar o lugar de trabalhadora. Reportava-se a mim buscando compartilhar experiências, angustias e impressões sobre os desafios no cuidado em álcool e drogas. Sustentar a posição de pesquisadora demandou reservar a crítica pessoal, estranhar o cenário atual das políticas públicas e desnaturalizar os ditos (PESQUISADORA, maio de 2022).

6.1 AS CONCEPÇÕES DE CRISE NO CAMPO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Com a reorientação do modelo técnico-assistencial em saúde mental, o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico passa a acontecer em rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos. Há, supostamente, uma ruptura com paradigma manicomial e com o saber médico hegemônico, que restringe os contextos de crise à agudização da sintomatologia psíquica. Com isso, as concepções de crise passariam a considerar os aspectos subjetivos e sociais que permeiam as experiências de sofrimento (LOBOSQUE, 2001; AMARANTE, 2007; YASUI e COSTA-ROSA, 2008; WILLRICH *et al.*, 2011; GARCIA e COSTA, 2014; GOULART, 2015; ZEFERINO, 2015).

As concepções de crise na atenção psicossocial incorporaram a presença de quadros de sofrimento psíquico produzido por várias combinações, não apenas ao âmbito estritamente sanitário. Apresentam-se, muitas vezes, associadas à presença de comorbidades diversas, clínicas e de álcool e outras drogas, agravadas por contextos sociais de violências e vulnerabilidades. Nesse sentido, demandam estratégias de cuidado ampliadas, desenvolvidas pelos dispositivos territoriais e articuladas com os equipamentos intersetoriais e da cidade

(SOUZA, 2008; YASUI e COSTA-ROSA, 2008; ZEFERINO, 2015; LOBOSQUE *et al.*, 2021).

De forma geral, há lacunas na literatura sobre o tema, majoritariamente focada em estudos que abordam as concepções de crise no campo de álcool e outras drogas de forma circunscrita às urgências clínicas ou derivadas da atenção às pessoas em sofrimento psíquico.

Sobre as concepções de crise, alguns trabalhadores dos CAPS-AD compreendem:

[...] Crise [no campo AD] eu considero um momento de ruptura com sua vida caminhando para frente, considero um momento de ruptura com as esferas que compõem aquela pessoa, clínicas, psíquicas e sociais (ASA 5, p. 06).

O que eu vejo de crise na clínica AD é o paciente que está em uso prejudicial, uso intenso, com laços familiares rompidos, paciente que está em situação de rua, que chega muito intoxicado, não conseguindo dar um intervalo nesse uso (ASA 1, p. 11).

[...] Eu acho, o momento de crise [no campo AD] é onde o paciente não tem mais nada a não ser a droga, está prejudicando a questão familiar, os vínculos familiares, a questão do trabalho, aí eu acho que esse é o momento de crise, quando eles não dão conta de controlar esse uso, e aí tá prejudicando a sua vida como um todo (ASA 4, p. 07).

O uso prejudicial de substâncias é identificado na fala dos trabalhadores como um potencial fator de crise. Sabemos que nem todas as pessoas que usam drogas desenvolverão um padrão de consumo prejudicial, mas algumas delas terão dificuldade em controlar ou mesmo inserir pequenos intervalos (interrupções) no uso. Neste contexto, há prejuízos no cuidado consigo e no estabelecimento de outras trocas sociais. Aqui, não se trata de considerar o padrão de consumo isoladamente, mas as repercussões deste uso nos vários âmbitos da vida (OMS, 2004; SILVEIRA e MOREIRA, 2006; STEFANELLO e SOUZA, 2015).

Ainda com relação ao uso prejudicial de substâncias, os usuários podem apresentar repercussões clínicas e psíquicas graves, sendo por isso relacionadas à crise. Em especial, os quadros de intoxicação – advindos da retomada ou intensificação do uso de álcool e outras drogas; e de abstinência – decorrentes da redução ou interrupção do uso de álcool e outras drogas. Na percepção de alguns trabalhadores dos CAPS-AD:

[...] Uma intoxicação pode desorganizar ou não uma pessoa nas esferas da vida dela, ou psiquicamente ou clinicamente. Quando chega pra gente em crise mesmo, a intoxicação levando a agitação, fenômenos e tudo mais, rebaixamento [dos níveis de consciência], síndrome de abstinência, está claro ali do ponto de vista de crise (ASA 5, p. 07).

[...] No AD a gente tem uma questão do risco clínico, que é, por exemplo, um paciente que faz um uso muito elevado e na abstinência pode ter um risco clínico muito grave [...] essa abstinência precisa de uma assistência mais robusta, inclusive com medicação [...] ou quando tem alguma crise psiquiátrica mesmo, quando está com o juízo crítico prejudicado, que precisa de uma certa proteção, eu acho que é o momento que a gente tem que entrar mesmo, trazendo uma certa proteção para esse sujeito (DELTA 4, p. 10).

[...] a gente inclusive tem muitos usuários com comorbidade, em que é difícil você saber se o uso de substâncias ele é primário ou secundário à desestabilização do quadro, aí vem uma outra questão também do cuidado em rede (VOA 1, p. 12).

Alguns autores vão relacionar os aspectos clínicos e as manifestações psiquiátricas das crises aos contextos de urgência e emergência, devido à necessidade de assistência imediata em dispositivos de saúde. Outro aspecto importante refere-se à relevância das comorbidades entre transtornos decorrentes de álcool e drogas e transtornos psíquicos, tornando-se um desafio distinguir a origem das crises (OMS, 2004; SILVEIRA e MOREIRA, 2006; STEFANELLO e SOUZA, 2015).

Ao analisar as concepções de crise no campo AD, identificamos que os aspectos clínicos e psíquicos são importantes nessa avaliação. Entretanto, os contextos de vulnerabilidade social se presentificam nas falas de alguns trabalhadores dos CAPS-AD e parecem ser considerados na composição das propostas de cuidado ofertadas aos usuários:

[...] E a gente não escapa, assim, de um certo risco social que, querendo ou não, a gente escuta muito "Ah, não tem hospitalidade noturna social", mas, por exemplo, se o sujeito está em risco em um certo território, precisa fazer um intervalo no uso para se organizar até ir para um outro território... o CERSAM-AD deve intervir (DELTA 4, p. 10).

[...] acho que a gente tem que avaliar a vulnerabilidade desse paciente, assim, se é um paciente que tem um apoio da família, se é um paciente que está em situação de rua, ou que mora sozinho, que não tem ninguém para ajudar ali no processo (ASA 2, p. 02).

[...] Tem alguns casos, assim, que eu acho que essa questão da pobreza, da vulnerabilidade, ela aparece mais. E aí, por exemplo, tem alguns pacientes que o vínculo com o serviço é um pouco de alimentação, é um pouco de oferta de banho e aí nesse sentido a gente vai gerando outros cuidados até chegar na pessoa, até chegar no tratamento (ASA 3, p. 04).

Alguns autores argumentam que as experiências de uso de drogas, ainda que reservadas suas características patológicas e psicopatológicas, não estão desconectadas dos aspectos sociais que envolvem as condições de existência das pessoas. Realidades que marcam um lugar

de invisibilidade na engrenagem social, em que o mal-estar se expressa de diferentes formas: na desigualdade de poder e social, no preconceito, no estigma e nas violências cotidianas (BASTOS e BERTONI, 2014; SOUZA, 2016; BASTOS *et al.*, 2017; FILHO e FLACH, 2017).

Uma pesquisa realizada em cenas públicas de uso de crack no Brasil identificou que o uso de drogas nesses espaços configura um fenômeno complexo, pois descortina um contexto de abandono de populações historicamente marginalizadas. As estatísticas apontam que os usuários são adultos jovens, com idade média de 30,28 anos, predominantemente do sexo masculino (78,68%), pardos ou negros (79,15%), de baixa escolaridade e sem renda fixa, sendo que 40% destes se encontravam em situação de rua durante a pesquisa (BASTOS e BERTONI, 2014).

Boska *et al.* (2018), em estudo que analisou a utilização de leitos de acolhimento noturno em um CAPS-AD, identificou que no momento da admissão em leito a maioria dos usuários (87,6%) consumia diariamente múltiplas substâncias, sendo que (68,3%) destes encontravam-se em situação de vulnerabilidade social, principalmente em situação de rua, admitidos em cuidados intensivos para desintoxicação ou pela própria condição vulnerável. Neste sentido, as questões sociais perpassam o uso dos leitos e são consideradas na composição dos recursos terapêuticos necessários à garantia do cuidado integral de pessoas em situação de vulnerabilidade.

Essa realidade nos leva a compreender que o uso prejudicial de substâncias se torna uma intercessão em trajetórias de vida permeadas por violências e vulnerabilidades de todas as ordens (BASTOS e BERTONI, 2014; SOUZA, 2016; BASTOS *et al.*, 2017; FILHO e FLACH, 2017). Por isso, é importante que as concepções de crise no campo AD considerem processos de sofrimento social, evidenciados sobretudo pela negação ou precarização do acesso a direitos fundamentais, tais como segurança alimentar, geração de trabalho e renda, condições de moradia, etc., garantias indispensáveis à produção do cuidado em saúde.

Neste sentido, é preciso haver espaço para a subjetividade dos usuários. Essa dimensão subjetiva pode ser identificada na fala de alguns trabalhadores dos CAPS-AD:

[...] nós avaliamos não só o volume do uso, mas a subjetividade do caso mesmo, né? Além do uso, o estado psíquico do sujeito, a relação dele com a substância, o que fez retomar ou alterar o padrão de consumo, o contexto em que ele vive, a relação com o trabalho, com a família (ASA 1, p. 03).

[...] um atendimento à crise também é você conhecer, é estabelecer essa relação com o paciente, conhecer a história de tratamento, a história dele para entender o que que de fato apazigua a crise, sabe? Então, estabelecer vínculo com o paciente é muito

importante para que você saiba o que de fato vai dar conta de apaziguar a crise (DELTA 3, p. 14).

Isso quer dizer que na avaliação de um evento de crise um dos aspectos observados diz respeito ao vínculo que o sujeito possui ou não com a rede de atenção comunitária e territorial. Mais especificamente, reconhecer os laços que o usuário estabelece com determinado serviço e/ou profissionais de referência para a construção do seu projeto de cuidados.

De acordo com Seixas *et al.* (2019), a construção do vínculo é uma estratégia potente que além de singularizar as práticas de saúde, viabiliza um cuidado mais coerente às reais necessidades dos usuários, pois reconhece os recursos e dificuldades que compõem a história de vida daquela pessoa. Quais as nuances do uso de drogas para aquele usuário? O que faz com que ele intensifique ou reduza o uso da substância? Quais suportes tem ou não para lidar com as dificuldades da vida? Quais as ferramentas mais adequadas para cuidar da sua crise?

Coerente às compreensões dos trabalhadores dos CAPS-AD, Stefanello e Souza (2015) trabalham o conceito de crise multidimensional na tentativa de formalização das concepções de crise no campo de álcool e outras drogas, compreendendo que essa definição exige a avaliação de no mínimo três dimensões: 1) a dimensão clínica no sentido clássico: sintomas, quadro clínico, gravidade, agudicidade e nível de urgência; 2) o campo da rede social e de suporte: grau de ruptura desta rede e sua capacidade de enfrentamento da crise; 3) a posição subjetiva da pessoa em crise frente ao próprio sofrimento e senso crítico sobre sua situação.

Portanto, as concepções de crise no campo de álcool e outras drogas consideram a pessoa em sua integralidade, não se restringindo ao padrão de consumo, aspectos clínicos ou à manifestação de sintomas. Sendo as crises atravessadas pelas dimensões clínicas, sociais e subjetivas, o cuidado às crises em álcool e outras drogas exigirá um corpo técnico atento e preparado para as nuances que este campo apresenta e, sobretudo, em condições de realizar ações de cuidado ampliadas, em rede e articuladas com os dispositivos intersetoriais.

6.2 CONCEPÇÕES DE CUIDADO ÀS CRISES DE PESSOAS QUE USAM DROGAS

O modelo de atenção psicossocial é implantado no Brasil num contexto de redemocratização do país, com significativa participação popular e atuação de movimentos sociais no questionamento à assistência manicomial até então vigente. Com a reorientação do modelo técnico-assistencial, mudanças profundas se estabeleceram na lógica de cuidados às pessoas em sofrimento psíquico. A assistência descentralizava-se do saber médico e do campo da psiquiatria, assim como as crises em saúde mental deixavam de ser equivalentes à internação

em hospitais psiquiátricos (LOBOSQUE, 2001; AMARANTE, 2007; YASUI e COSTA-ROSA, 2008; WILLRICH *et al.*, 2011; GARCIA e COSTA, 2014; GOULART, 2015; ZEFERINO, 2015).

O cuidado às crises no modelo de atenção psicossocial estabeleceu-se então em consonância com os princípios do SUS, dos movimentos de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial. Isso pressupõe operar com a lógica da produção do cuidado em saúde, construído a partir do atendimento integral⁶ e em liberdade, articulação com os serviços comunitários e territoriais, participação popular e fomento às condições de cidadania e inserção social das pessoas em sofrimento psíquico e uso prejudicial de álcool e outras drogas (LOBOSQUE, 2001; AMARANTE, 2007; YASUI e COSTA-ROSA, 2008; GOULART, 2015; ZEFERINO, 2015).

Com relação a atenção às pessoas que usam drogas, os trabalhadores dos CAPS-AD se manifestaram da seguinte forma:

[...] o SUS não é universal, integral, equânime? Então, se ele é universal, ele é para todo mundo, até para quem não quer ou não consegue parar de usar a substância, então a gente não pode colocar pré-requisitos para atender um usuário (VOA 1, p. 08).

[...] Eu acho que a gente precisa pensar esse sujeito para fora do serviço, né? Acho que desde o momento que ele entra num serviço de urgência, a gente começar a pensar o que pode fazer para ele estar em inserção aí na sociedade [...] a conversa com a própria assistência social e a conversa com o centro de saúde, que é para onde esse sujeito vai depois da crise (ASA 2, p. 09).

Ao abordar a questão do cuidado integral de pessoas que usam drogas, os trabalhadores dos CAPS-AD entendem tratar-se de uma diretriz do SUS que precisa ser reforçada cotidianamente junto à rede de atenção à saúde e políticas públicas intersetoriais, tendo em vista sua percepção sobre a dificuldade de acesso desses usuários a alguns pontos da rede, tais como atenção primária e urgências clínicas.

A RAPS reúne e estrutura os pontos de atenção à saúde destinados às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Os pressupostos que regem essa rede apresentam-se em consonância com o modelo de atenção psicossocial, ressaltando-se as diretrizes do cuidado integral com preservação da autonomia e liberdade das pessoas, acesso às

⁶ Atendimento integral, atenção integral, cuidado integral ou integralidade são conceitos sinônimos. De acordo com a Lei nº 8080/1990, referem-se a um princípio do SUS que compreende o ser humano em sua totalidade, devendo o sistema de saúde estar preparado para atender o usuário de acordo com suas demandas e necessidades, tornando-se um meio para concretizar a saúde como uma questão de cidadania.

condições de cidadania e reconhecimento dos determinantes sociais da saúde, com ênfase nos serviços comunitários e desenvolvimento das estratégias de redução de danos (BRASIL, 2011).

Entre os dispositivos da RAPS, os CAPS-AD são espaços destinados a ofertar o atendimento às crises, podendo se estabelecer em diferentes modalidades de acordo com a complexidade das suas ações e abrangência populacional (BRASIL, 2002; 2012; 2017). Muitas vezes são a porta de entrada para pessoas em uso de álcool e outras drogas na rede de atenção, operando como mediadores na inserção dos usuários em outros pontos de atenção necessários à resolução dos seus problemas de saúde (AMARANTE, 2007; SOUZA, 2008; MORAES, 2008; LOBOSQUE et al. 2021; MACHADO, MODENA e LUZ, 2021).

Para Moraes (2008), apesar das mudanças nas concepções de cuidado das pessoas que usam drogas, ainda existem obstáculos para se atingir a atenção integral. Isso porque entre trabalhadores, familiares e os próprios usuários da rede de atenção existem resquícios de uma compreensão moral e psicopatológica do uso de substâncias. Elas são identificadas nas condutas preconceituosas, nas barreiras de acesso ou mesmo nos processos de exclusão social das pessoas que usam drogas, o que pode ser percebido nas entrelinhas dos trechos acima.

Alguns autores colocam que um dos grandes desafios da reforma psiquiátrica brasileira é sustentar o cuidado às crises coerente com o modelo de atenção psicossocial, especialmente entre seus trabalhadores, que cotidianamente têm a tarefa de expandir e consolidar ações cuidadoras que contemplem as reais necessidades dos usuários. Para isso, as políticas públicas de saúde precisam estar capacitadas a articular um conjunto de iniciativas de cuidado e atenção psicossocial, garantindo a assistência aos quadros de sofrimento psíquico agudos e graves, incluindo aqueles decorrentes do uso de álcool e outras drogas (AMARANTE, 2007; SOUZA, 2008; YASUI e COSTA-ROSA, 2008; GARCIA e COSTA, 2014; BRITO, BONFADA e GUIMARÃES, 2015; LOBOSQUE, *et al.*, 2021).

Dessa forma, os processos de articulação são ferramentas fundamentais no cuidado às crises de pessoas que usam drogas, pois implicam a decisão do melhor local e dos recursos a serem mobilizados para a garantia do cuidado em saúde naquele momento. Entretanto, na realidade das práticas de saúde, nem sempre esses processos acontecem com fluidez e sem resistências. É preciso que a rede esteja organizada e disponível ao compartilhamento dos casos, inclusive com outras políticas públicas, o que requer a existência de pactuações sobre as linhas de cuidado que irão orientar o percurso do usuário na rede de atenção (STEFANELO e SOUZA, 2015).

Sobre as linhas de cuidado que organizam as ações nos CAPS-AD, os trabalhadores disseram:

[...] o cuidado pela redução de danos é o que diferencia a gente de uma comunidade terapêutica, de uma internação em hospital, em qualquer clínica, porque esses lugares, eles privilegiam uma abstinência. O sujeito fica lá internado sem contato com a droga, e a gente sabe que depois que sai a droga está aí na vida, a substância está aí (ASA 2, p. 06).

[...] Eu acho que [as concepções de cuidado às crises] passam pela política de redução de danos... pela intenção de que a pessoa consiga atingir o menor dano possível para ela e isso nem sempre vai ser a cessação [do uso de drogas] (ASA 5, p. 03).

A redução de danos é uma tecnologia presente nas concepções de cuidado às crises de pessoas que usam drogas, caracterizando-se numa assistência centrada no usuário e nas saídas que ele apresenta para a construção do próprio cuidado. Assim, pode alcançar aqueles que não conseguem ou não desejam interromper o uso de drogas, acolhendo o que é possível a cada um através de propostas de cuidado que valorizem a autonomia e as reais necessidades das pessoas (BRASIL, 2003, 2005; NIEL e SILVEIRA, 2008; SOUZA e CARVALHO, 2012; MIRANDA e EIDELWEIN, 2017; ARAÚJO e PIRES, 2018; PIRES e SANTOS, 2021).

De acordo com alguns trabalhadores dos CAPS-AD:

[...]Tem essa questão da redução de danos, mas que eu ainda vejo que não chega muito na unidade básica, ainda é uma questão muito, que ainda fica muito dentro do CERSAM-AD, em Consultório de Rua... (DELTA 4, p. 06).

[...] Porque às vezes o centro de saúde até fica naquela expectativa de que o paciente vai ser transferido para o centro de saúde quando ele não estiver usando substância e não é esse o trabalho que a gente faz, né? A gente faz aquele trabalho pensando na redução de danos e compartilhar isso com os outros pontos da rede é muito importante (DELTA 2, p. 04).

Sabemos que não há como desconsiderar as mudanças em curso nas políticas sobre drogas do país, permeando o paradigma proibicionista e o ideal da abstinência no imaginário social (CRUZ, GONÇALVES e DELGADO, 2020; MACHADO, MODENA e LUZ, 2020a, 2021). Neste sentido, existe um trabalho a se realizar para que a perspectiva da redução de danos se amplie à rede de atenção à saúde como um todo.

A redução de danos traz singularidade às ações em saúde, bem como contribuições e desafios às concepções de cuidado às crises para o modelo de atenção psicossocial. Contribuições no sentido de a produção do cuidado em saúde não se restringir à diminuição ou abstinência do uso de drogas, produzindo uma ampliação das possibilidades de vida e condições de cidadania das pessoas. E desafios, no sentido de alinhar a compreensão dos trabalhadores sobre a multiplicidade de suas ações, fazendo-se alcançar no discurso e práticas de outros

dispositivos da RAPS (LANCETTI, 2015; MIRANDA e EIDELWEIN, 2017; ARAÚJO e PIRES, 2018; MACHADO, MODENA e LUZ, 2020b, 2021; PIRES e SANTOS, 2021).

Outro aspecto a se destacar relaciona-se à preservação da autonomia das pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas. Para os trabalhadores dos CAPS-AD este é um desafio cotidiano, pois requer articular a premissa de um serviço de “portas abertas” às situações sofrimento intenso e involuntariedade, como no trecho abaixo:

[...] Porque a pessoa que faz uso de álcool e outras drogas, ela continua tendo autonomia sobre si, centralizam que o problema do sofrimento está na droga. Então é muito desafiador ponderar em que momento você precisa intervir, por exemplo, com uma internação, entender que tem um sujeito ali, ele tem autonomia e nem sempre ele vai concordar que precisa tratar ou que ele está em um momento pior... em que momento você tem que acompanhar e entender que aquela pessoa vai voltar, vai usar mais, vai chegar intoxicada algumas vezes e é isso mesmo, porque ela tem autonomia sobre si... a crítica sobre o sofrimento nem sempre está clara e a crítica sobre o uso muitas vezes está clara (ASA 5, p. 02-03).

Isso quer dizer que o uso de substâncias, por si só, não retira de alguém a capacidade de decidir sobre si e seu cuidado. Entretanto, existem algumas situações que podem comprometer a crítica e o exercício da autonomia, como as complicações clínicas decorrentes da intoxicação e síndromes de abstinência, quadros demenciais secundários ao uso prejudicial e prolongado de substâncias e comorbidades psíquicas graves em momentos de desestabilização, o que impõe delicadezas no manejo das crises (ZEFENINO, 2015; STEFANELLO e SOUZA, 2015).

Portanto, as concepções de cuidado às crises no campo AD apontam para a construção de uma atenção integral e em rede, com preservação da autonomia e liberdade das pessoas, orientada na perspectiva da redução de danos. Sustentar práticas coerentes com essa proposta é um desafio na medida em que implica a participação e o engajamento de diversos atores sociais na produção do cuidado em saúde.

6.3 PRÁTICAS DE CUIDADO ÀS CRISES NOS CAPS-AD

6.3.1 Orientadores

O modelo de atenção psicossocial brasileiro tem seus pressupostos nos movimentos de reforma sanitária, psiquiátrica e luta antimanicomial, sendo o marco legal a Lei Federal nº 10.216/2001 responsável pela reorientação das práticas de cuidado às pessoas com transtornos mentais. Assim, as ações no campo da saúde mental passam a se organizar em consonância com

os princípios do cuidado em liberdade, inserção social e acesso integral às políticas públicas de base comunitária e territorial (BRASIL, 2001; AMARANTE, 2007; YASUI e COSTA-ROSA, 2008; PINHO, OLIVEIRA e ALMEIDA, 2008; GOULART, 2015).

No que se refere à atenção psicossocial de pessoas que usam drogas, os pressupostos são os mesmos, sendo a redução de danos inserida nas políticas públicas sobre drogas mais fortemente a partir dos anos 2000. A política do MS para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas legitima a RD entre os eixos orientadores das práticas de cuidado neste âmbito, o que não desconsidera as mudanças em curso nas políticas atuais (BRASIL, 2003; 2005; 2011; 2012; MIRANDA e EIDELWEIN, 2017; ARAÚJO e PIRES, 2018; MACHADO, MODENA e LUZ, 2020b; PIRES e SANTOS, 2021).

Tendo em vista tratar-se de uma pesquisa que se insere nos CAPS-AD de Belo Horizonte, torna-se fundamental demarcar os princípios que regem o cuidado nas políticas públicas sobre drogas do município. À revelia dos retrocessos perpetrados pelo governo federal, a RAPS/BH busca fortalecer o cuidado em rede nos dispositivos de atenção psicossocial, pautando-se pelo atendimento integral e em liberdade, respeito ao protagonismo e autonomia dos usuários e fomento à cidadania, sendo a redução de danos a estratégia ético-política que subsidia as ações neste âmbito (CRUZ, GOLÇALVES e DELGADO, 2020; MACHADO *et al.*, 2022, *no prelo*).

Na perspectiva dos trabalhadores dos CAPS-AD:

[...] eu estou sempre pensando nessas questões, mas com essa clareza de que eu trabalho no SUS e, portanto, a gente está fazendo uma política pública, então isso orienta o meu trabalho [no cuidado às crises], a questão da reforma psiquiátrica, da rede, da RAPS, de um atendimento substitutivo (VOA 1, p. 21).

[...] para a minha prática [no cuidado às crises] eu bebo principalmente do modelo de atenção psicossocial que a gente tem, de construção da própria rede em BH, que foi aonde eu fui formada (DELTA 4, p. 19).

[...] É uma construção, é uma lógica assim também do cuidado em liberdade [...] de ficar atento para qualquer tipo de prática manicomial (DELTA 3, p. 19).

Nos relatos dos trabalhadores, as práticas de cuidado às crises realizadas nos CAPS-AD seguem os pressupostos do SUS, do modelo de atenção psicossocial, da reforma psiquiátrica e luta antimanicomial. Com relação à redução de danos, além de um orientador ético-político, configura-se também como um conjunto de estratégias que permeiam o cotidiano do cuidado em saúde.

[...] a política de redução de danos é um norteador [no cuidado às crises], a luta antimanicomial, porque não tem como a gente voltar aos retrocessos que já aconteceram, é a gente pensar no fortalecimento da RAPS mesmo, sabe (ASA 3, p. 20).

[...] Associação Brasileira de Redução de Danos [...] é um núcleo de trabalho e pensamento [...] eu tenho aprendido muito com os redutores de danos enquanto trabalhador do serviço. Eles, da maneira deles, têm contribuído muito, eu acho que é uma escola importante, é uma escola informal, popular, mas é uma escola importante (DELTA 1, p. 19-20).

Neste sentido, as práticas não se restringem à diminuição ou abstinência do uso de substâncias, ainda que ela possa ser alcançada entre alguns usuários. Há uma confluência com pressupostos do SUS e autores do campo AD, que compreendem o sujeito de forma integral, considerando a singularidade da experiência com as drogas, as vulnerabilidades associadas e a complexidade das demandas endereçadas aos serviços de saúde (BRASIL, 2005; NIEL e SILVEIRA, 2008; SOUZA e CARVALHO, 2012; MIRANDA e EIDELWEIN, 2017; ARAÚJO e PIRES, 2018; PIRES e SANTOS, 2021).

Os resultados deste estudo identificaram também que os orientadores das práticas de cuidado às crises nos CAPS-AD estruturam-se, fundamentalmente, a partir dos recursos existentes na própria RAPS: supervisão clínico-institucional, reuniões de equipe, matriciamento e micro área, fóruns de trabalhadores, espaços de preceptoria vinculados à residência multiprofissional, reuniões de equipe e as trocas cotidianas estabelecidas entre trabalhadores, usuários e gestão.

[...] Eu acho que é isso que o trabalho multidisciplinar proporciona para gente, né? Vários olhares para um caso só. Então acho que isso traz muito mais possibilidades para construção daquele caso, para construção das práticas de cuidado às crises (DELTA 2, p. 18).

[...] Eu acho que até a própria supervisão institucional que a gente tem, eu acho que ela é muito válida porque [...] Quando você leva um caso que você está com dificuldade ou quando você ouve um caso que é de outro serviço, isso também vai te ajudar nas práticas (ASA 2, p. 13).

[...] a formação é contínua com os colegas, com as oportunidades de trabalho também, e aí depois que me abriu mais para a questão da redução de danos, que é um direcionamento nosso também [no cuidado às crises] (VOA 3, p. 14).

Dessa forma, os fragmentos acima são coerentes à compreensão de Vasconcelos (2004), Merhy e Feuerwerker (2016), Scafuto, Saraceno e Delgado (2017) de que os processos formativos no âmbito do SUS, não raramente, se dão a partir da experiência construída no

cotidiano dos serviços. Ou seja, na potência do encontro entre trabalhadores, usuários e gestão, capaz de atenuar fronteiras de competências exclusivas e democratizar a organização dos serviços, gerando a produção do cuidado em saúde.

Outras referências apareceram na fala dos trabalhadores dos CAPS-AD, tais como: documentos técnicos/normativos do SUS, sendo a saúde pública uma grande área que norteia o conhecimento no campo AD; o uso das bases de dados científicos e manuais diagnósticos; conhecimentos específicos em álcool e outras drogas contemplados pela busca espontânea do trabalhador em cursos de especialização, por exemplo.

A psicanálise ressaltou-se como teoria que contribui para as práticas de cuidado às crises entre os trabalhadores dos CAPS-AD, auxiliando na condução dos casos, mesmo entre profissionais não psicanalistas:

[...] a própria prática nessa clínica me fez utilizar alguns recursos da psicanálise também (ASA 1, p. 20).

[...] A psicanálise também me ajuda, não sou psicanalista, mas eu acho que isso, essa área me ajuda mesmo, nas conduções dos casos, no cuidado às crises (ASA 2, p. 13).

[...] Então, eu sou psicóloga de formação, dentro da psicologia a minha referência é a psicanálise, então eu utilizo a psicanálise para poder pensar a questão do diagnóstico e uma orientação em relação ao caso (VOA 1, p. 21).

Conforme abordado por Lobosque e Souza (2006), Nilo *et al.* (2008), Barreto (2010) e Côrtes (2012), a psicanálise permeou os movimentos de reforma psiquiátrica no Brasil, sendo influência muito presente nas concepções e práticas de cuidado às crises nas redes de saúde mental mineiras. Esse aspecto pode ser identificado na delimitação do público prioritário a ser atendido nos CAPS na década de 1990, no discurso dos trabalhadores, bem como na orientação psicanalítica das supervisões clínico-institucionais sustentadas até hoje na rede de BH.

Do ponto de vista epistemológico, o campo da atenção psicossocial, para além da psicanálise, remete à multiplicidade e à diversidade de saberes, a um movimento dialógico e dialético. Amplia-se a compreensão sobre as experiências de loucura, incluindo as experiências de uso prejudicial de drogas, de modo que essa compreensão jamais será reduzida a um saber único (DELGADO, LOBOSQUE e LUCENA, 2020; VENTURA, VIDAL e NOGUEIRA, 2021).

6.3.2 Para além da abstinência: o cuidado numa perspectiva cidadã

Como já mencionado, sabemos que os modelos de atenção em saúde expressam um campo de disputa entre atores e segmentos políticos e sociais (MERHY e FEUERWERKER, 2016). Na atenção psicossocial, incluindo as pessoas que usam drogas, alguns estudos apontam a existência de diferentes práticas de cuidado adotadas pelos serviços e seus trabalhadores, podendo interferir na produção do cuidado em saúde (YASUI e COSTA-ROSA, 2008; FARIA e SCHNEIDER, 2019; DIAS, FERIGATO e FERNANDES, 2020; PIRES e SANTOS, 2021).

A concepção de cuidado adotada pelo MS na política de atenção integral às pessoas que usam drogas norteia-se pela promoção de práticas cidadãs orientadas pelo SUS, atenção psicossocial e redução de danos sociais e à saúde. Os CAPS-AD, enquanto dispositivos de atenção às crises e urgências relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, estabelecem práticas de cuidado às crises diversificadas, não se restringindo a abstinência como meta (BRASIL, 2003; MORAES, 2008; PINHO, OLIVEIRA e ALMEIDA, 2008; MACHADO, MODENA e LUZ, 2020a, 2021).

Entretanto, o paradigma proibicionista ainda permeia as políticas sobre drogas, especialmente nos contextos de crise, a exemplo do uso arbitrário das internações compulsórias e incentivo às comunidades terapêuticas. Por isso, há um imaginário social de que as pessoas que usam drogas, ao procurarem serviços de saúde, demandam apenas a interrupção do uso de substâncias, já que nossa cultura é permeada pelo ideal de abstinência (QUEIROZ, JARDIM e ALVES, 2016; AZEVEDO e SOUZA, 2017; BRASIL, 2019; CRUZ, DELGADO e GONÇALVES, 2020; MACHADO, MODENA E LUZ, 2020a, 2021).

De acordo com alguns trabalhadores dos CAPS-AD, a busca pelo cuidado e a função que o serviço pode estabelecer para cada usuário não é algo pré-determinado:

[...] Você vai estar ali como uma pessoa que vai mediar, secretariar alguma coisa para ele no sentido de retomar mesmo os laços dele, a própria família [...] acho que nem sempre é só para dar uma pausa no uso das drogas (ASA 02, p. 09) ...

[...] um afastamento da substância, dos conflitos, dos riscos que o paciente tá se colocando e ao mesmo tempo como uma possibilidade de organização [...] então, eu acho que no CERSAM, mesmo que seja um período durante o dia, ele consegue pensar em outras coisas, participar de outras coisas, fazer um intervalo nesse uso (ASA 3, p. 11-12) ...

[...] Então é isso, dar conta de receber aquele sujeito, da maneira que ele chega. E aí às vezes ele não vai diminuir o uso da droga, nem diminuir, mas vai estar ali todos os dias recebendo um cuidado (ASA 4, p. 16) ...

Machado, Modena e Luz (2020a, 2021), em pesquisa realizada na RAPS de BH, argumentam que as pessoas que usam drogas buscam os serviços de saúde na tentativa de construir alguma gestão sobre seu uso, não se centralizando na produção da abstinência. Além disso, procuram suporte para tratarem comprometimentos orgânicos e psíquicos em espaços onde possam construir algum laço social e ampliação das possibilidades de vida.

Silva (2015) trabalha a noção dos “intervalos possíveis”, partindo da crítica a modelos de atenção sustentados no ideal da abstinência e de cura dos problemas relacionados ao uso de substâncias. Com isso, abre-se espaço para escutar as saídas produzidas pelos próprios sujeitos, deixando a droga entre parênteses. As práticas de cuidado às crises são ressignificadas pelo atributo da autonomia e potencializadas na oferta de recursos afetivos, laço social, acesso a direitos sociais e recusa às práticas excludentes e proibicionistas.

Autores como Merhy e Franco (2003); Barros, Oliveira e Silva (2007); Merhy e Feuerwerker (2016), Queiroz, Jardim e Alves (2016); Franco e Hubner (2019) colocam que a produção do cuidado em saúde, incluindo aquele realizado no campo de álcool e outras drogas, fundamenta-se no ato de cuidar propriamente dito, nas tecnologias relacionais. Por isso, requer dos trabalhadores a capacidade de acionar outros saberes além do biológico, tratando o sofrimento como um processo que se diferencia da doença, com implicações culturais e sociais. Na perspectiva de Merhy e Franco (2003, p. 318), “a estas chamamos de tecnologias leves, pelo seu caráter relacional, que a coloca como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado.”

No entanto, os serviços de saúde podem estruturar a produção do cuidado a partir de núcleos tecnológicos diferentes. Ou seja, o trabalhador opera um processo de trabalho composto por ‘trabalho morto’ (instrumental) e ‘trabalho vivo’ (em ato), formando a composição técnica do trabalho. Nos modelos assistenciais caracterizados como médico-hegemônicos, produtores de procedimentos, evidencia-se o ‘trabalho morto’. Mudar essa concepção de cuidado requer uma transição tecnológica, em que a produção de saúde se sustente nas tecnologias leves, relacionais, de forma integralizada e atenta às necessidades dos usuários (MERHY e FRANCO, 2003).

Os CAPS-AD contemplados na pesquisa são considerados dispositivos de atendimento às crises e urgências relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002, 2011, 2012) o que pressupõe, de antemão, o uso de tecnologias mais estruturadas. Contudo, os resultados desta pesquisa apontam a presença de diferentes tecnologias nas práticas de cuidado às crises realizadas nesses serviços, com predominância das tecnologias leves e uso do conhecimento técnico, como é possível identificar nos trechos abaixo:

[...] A gente faz conversas mesmo, sabe? Conversas para além da substância, porque às vezes, os pacientes, eles ficam muito, eu usaria a palavra isolado, assim, até da casa, da família, do convívio da sociedade, e às vezes o que eles querem é ser ouvido, sabe (ASA 3, p. 14).

[...] uma oficina que ele vai participar lá no serviço, para estar mais, é, engajado ali com os outros, fazer uma convivência com os outros ali naquele momento, uma roda de conversa para cada um dizer de si, falar da experiência, falar da vida (ASA 2, p. 08) [...]

Neste sentido, recursos como a escuta, acolhimento, manejo verbal, grupos terapêuticos e projetos de inserção social são práticas de cuidado às crises que se aproximam das tecnologias leves, pois potencializam o vínculo do usuário e seu engajamento na produção do cuidado em saúde. Essas práticas compõem grande parte do cuidado ofertado em um CAPS-AD, tendo como recurso principal as competências técnicas e a disponibilidade do trabalhador (BARROS, OLIVEIRA e SILVA, 2007; MERHY e FEUERWERKER, 2016; FRANCO e HUBNER, 2019).

De acordo com alguns trabalhadores:

[...] Por exemplo, aquele paciente que chega muito desorganizado, às vezes contido, em franca crise, ali naquele momento o que você oferta para ele são os cuidados mais básicos, assim, da crise, é, a medicação, a contenção, se for necessária [...] porque às vezes o paciente chega ali tão desorganizado, tão intoxicado que o que você tem para fazer naquele momento é acolher, ofertar leito, hidratação, alimentação, etc (ASA 1, p. 16).

[...] Quando eles chegam, eles passam pela sala de enfermagem, e diariamente é verificado os dados vitais, se ele chega intoxicado, está com uma alteração a gente vai avaliar a medicação, se vai dar naquele momento, se vai dar mais tarde. Então, tem todo esse cuidado na entrada do paciente até o momento em que ele vai para casa (VOA 2, p. 07).

[...] tem também um protocolo básico [de cuidado às crises] que tem que ser seguido, especialmente para os casos novos, mas quando você já conhece o paciente, um atendimento à crise tem várias possibilidades, sabe (DELTA 3, p. 15).

O uso do conhecimento técnico, tal como é compreendido por Merhy e Franco (2003), é composto por uma parte dura, estruturada para elaborar certos processos e produtos de saúde, e outra leve, que diz respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir saúde. Nos CAPS-AD, as práticas de cuidado às crises, especialmente àquelas com características mais agudas como quadros de intoxicação, síndrome de abstinência alcoólica (SAA), comorbidades clínicas e psíquicas exigem habilidades técnicas do profissional

e a existência de linhas/protocolos de cuidado para atendimento (STEFANELLO e SOUZA, 2015).

Com relação as nuances do cuidado às crises nos CAPS-AD, os trabalhadores colocaram:

[...] Então tem vários desses pontos, questão da falta da moradia, da falta de alguns direitos, da falta de renda, é um grande ponto para um uso mais prejudicial de substância. Então, a partir do momento que eles conseguem ter esses direitos efetivados é um ponto também de redução de danos (DELTA 2, p. 14).

[...] Tem uns que não sabem acessar nem os benefícios do governo, que você ajuda ali às vezes numa coisa fácil, simples, que ele não dá conta, quer entrar num site, por exemplo, para tentar um benefício do governo, para tentar uma perícia. Não tem informação também, a maioria deles não têm informação dos direitos que eles têm, né (ASA 2, p. 09).

[...] os pacientes, na maioria das vezes, o conflito com a família é muito agravado... um conflito dentro de casa que gera uma agressão, assim, com mãe, com esposa, com filho e isso torna a situação muito piorada... o conflito no território eu acho que é uma coisa que é muito importante da gente escutar também, sabe (ASA 3, p. 11).

Neste sentido, o manejo das crises pode ser construído ou alterado quando o trabalhador conhece a história da pessoa atendida e sua rede de apoio social e familiar, chegando à melhor maneira de lidar com aquela crise. Da mesma forma, a atuação da equipe multidisciplinar pode ter efeito nas práticas e conduções das crises. Em todos os momentos da avaliação, considera-se a possibilidade de encaminhamento aos serviços de urgência clínica ou o compartilhamento de cuidados com outros pontos da rede de atenção, o que é compartilhado por Stefanello e Souza (2015).

Outro aspecto abordado pelos trabalhadores dos CAPS-AD diz respeito à influência dos contextos sociais no cuidado às crises:

[...] Eu acho que a prática de cuidado primeiro é isso, é personalizar mesmo, assim, tornar humano mesmo a pessoa, com necessidades básicas mesmo, de banho, de comida, de bem-estar, de lazer, de ouvir uma música (DELTA 4, p. 13).

É banho, alimento, de verdade, descanso, sabe? Leito para descansar, roupas, cuidados básicos. Porque a crise no AD isso é muito evidente, isso já apazigua [...] quando ela toma um banho, quando ela alimenta, quando ela descansa, quando ela toma uma água, ela aí sim dá conta de se permitir ser atendida, sabe (DELTA 3, p. 13).

[...] Em alguns casos eu vejo o CERSAM como uma porta de entrada, na maioria dos casos que são muito vulneráveis, para gente depois conseguir fazer pontes com os outros serviços, com o centro de saúde, às vezes com a assistência social, às vezes

com a Abordagem de Rua, com o serviço de documentação. Porque, infelizmente, é, eu acho que alguns pacientes ficam invisíveis, eles ficam esquecidos e aí a gente tem que funcionar como uma lâmpada, assim: "olha, o paciente existe, tem direito" (ASA 3, p. 03).

De acordo com Bastos e Bertoni (2014), Souza (2016), Bastos *et al.* (2017) e Filho e Flach (2017), em muitos casos, a procura por assistências às questões relacionadas ao uso prejudicial de drogas evidencia processos de estigma e abandono social. Pessoas em sofrimento devido à situações de vulnerabilidades diversas; restrição de acesso às políticas públicas para garantia de direitos; processos de desamparo afetivo, familiar e material; violência estatal, nos territórios, de gênero, raça e etnia (BASTOS e BERTONI, 2014; SOUZA, 2016; BASTOS *et al.*, 2017; FILHO e FLACH, 2017).

Para Pires e Santos (2021), as ações de saúde supõem a ampliação do escopo das práticas de cuidado às crises mais identificadas à redução de danos, como a incorporação de insumos (água, seringas, preservativos, etc) ou a redução do volume de uso das substâncias. Nessa perspectiva mais ampliada, as práticas dos trabalhadores visam agregar qualidade de vida e saúde aos usuários, incluindo-se uma variedade de “pequenos ganhos” que cumulativamente poderiam sobrepôr aos prejuízos sociais e de saúde adquiridos pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Neste cenário, as práticas de cuidado às crises tendem a contemplar a garantia de direitos sociais básicos, como oferta de alimentação, higiene e um espaço protegido de descanso. A partir de então, torna-se possível pensar propostas de cuidado mais ampliadas, como o acesso a outros pontos de atenção da rede e articulação com políticas intersetoriais, sendo esta também uma estratégia de vinculação ao serviço e acesso à subjetividade.

Sistematizar as práticas de cuidado às crises no campo de álcool e outras drogas não é uma tarefa fácil, pois elas emergem do encontro singular entre a pessoa cuidada, o trabalhador e o próprio serviço de saúde. As demandas e necessidades apresentadas pelos usuários aos dispositivos de atenção são atravessadas por contextos sócio-políticos de abandono e retrocessos, deixando marcas nas histórias de vida e subjetividades das pessoas que usam drogas. Portanto, as práticas de cuidado às crises extrapolam as ações de saúde e à produção da abstinência, sendo a redução de danos uma estratégia ética que traz contribuições às formas de acolher o sofrimento humano.

6.4 DESAFIOS ASSISTENCIAIS

O percurso realizado até agora evidencia que o cuidado às crises de pessoas que usam drogas, em coerência com o modelo de atenção psicossocial, é um campo complexo e com muitos desafios. As próprias concepções de crise contemplam dimensões clínicas, subjetivas e sociais, tornando o cuidado e as práticas de atenção às crises processos que exigem contínua articulação com a rede de serviços comunitários e políticas públicas intersetoriais.

Ao procurarem um dispositivo de saúde, as pessoas que usam drogas demandam cuidados que extrapolam a produção da abstinência, o que não cabe na antiga equação queixa-conduta. Elas desafiam os trabalhadores à construção de projetos de cuidado compartilhados que considerem suas necessidades e reais condições de existência, muitas vezes atravessadas por contextos de violências e vulnerabilidades (STEFANELLO e SOUZA, 2015; MACHADO, MODENA e LUZ, 2020a).

Stefanello e Souza (2015), ao trabalhar a integração do cuidado no atendimento às crises no campo de álcool e outras drogas, menciona o papel dos vários dispositivos da RAPS nos diferentes momentos e complexidades que os casos apresentam. Cabe mencionar que a atenção primária à saúde (APS) ocupa um lugar significativo nesta rede quando atua de maneira colaborativa e integrada, tendo em vista que ela pode organizar, longitudinalmente, junto aos outros pontos de atenção, propostas de cuidado e inserção social.

A APS é considerada a principal porta de entrada e centro de comunicação da rede de atenção à saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Por isso, sob a sua responsabilidade sanitária está a população de um território definido, garantindo assistência à maior parte dos problemas de saúde que acometem as pessoas, incluindo aqueles relacionados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas (BRASIL, 2017a).

O movimento de reforma psiquiátrica e os processos de desinstitucionalização provocaram a reorganização das redes de atenção para o cuidado com a loucura, inclusive em nível local. A construção da articulação entre saúde mental e a Estratégia Saúde da Família (ESF) se estabeleceu por meio de recursos formativos diversos, entre eles o apoio matricial, buscando garantir o acesso das pessoas em sofrimento psíquico ao cuidado em saúde mental no âmbito da atenção primária, o que não aconteceu sem tensionamentos e dificuldades (BEZERRA e DIMENSTEIN, 2008; PENIDO, PASSOS e ANDRADE, 2015).

Para os trabalhadores dos CAPS-AD, o cuidado às pessoas que usam drogas no âmbito das UBS apresenta questões:

[...] a gente percebe que os centros de saúde têm muita dificuldade de receber esses usuários de álcool e outras drogas. Então muitos casos são encaminhados sem estar naquele momento de urgência. Muitos casos que chegam no centro de saúde faz uso de álcool e outras drogas, eles falam do CERSAM-AD e encaminham direto o paciente (ASA 1, p. 02).

[...] eu acho que tem uma falha, assim, que às vezes até a rede mesmo não conhece ou não sabe muito bem o papel do CERSAM-AD, encaminha os casos, mas sem escutar um pouco do paciente (ASA 4, p. 02).

Essa realidade nos leva a crer que se refaz, na atualidade, o desafio de articular a rede para o cuidado compartilhado das pessoas que usam drogas, garantindo o acesso aos serviços necessários ao atendimento integral. Os resultados do presente estudo apontam que a dificuldade em sustentar os processos de articulação relaciona-se a um contexto de sobrecarga dos trabalhadores, bem como resistências presentes em alguns dispositivos de atenção no atendimento ao público AD.

Para alguns autores, a complexidade dos problemas de saúde atendidos pela ESF, além dos contextos de precariedade dos territórios, gera demandas que produzem mal-estar entre os trabalhadores das equipes, que se sentem despreparados para lidar com casos de sofrimento psíquico e uso prejudicial de álcool e outras drogas. Como resultado, observa-se a lógica dos encaminhamentos aos dispositivos considerados “especializados” ou a resistência das equipes no recebimento de novos casos com esse perfil (BEZERRA e DIMENSTEIN, 2008; PENIDO, PASSOS e ANDRADE, 2015).

Essa lógica tende a gerar prejuízos na assistência e sobrecarga para os trabalhadores dos CAPS-AD:

[...] Olha, em relação à questão da UBS, eu acho que é uma sobrecarga nos CERSAMs... uma sobrecarga mesmo em cima do profissional ali, porque você fica com muitos casos que você já poderia ter feito a transferência do cuidado, mas diante dessas dificuldades você absorve (ASA 1, p. 06).

[...] Eu acho que a atenção primária acessa pouco a gente, discute pouco, conversa pouco, costuma encaminhar mais fácil do que tentar outras coisas antes, então aí a gente tenta ser mais cuidadoso no primeiro atendimento de alguém, mesmo que seja leve, espero um pouquinho, faço mais uma consulta... aí demora um pouco mais para conseguir transferir o caso para o outro dispositivo (ASA 5, p. 05).

A questão da sobrecarga dos trabalhadores da atenção psicossocial foi abordada por Kolhs, Olschowsky e Ferraz (2019), relacionando-a à dificuldade de inserção das pessoas que usam drogas nas redes de atenção à saúde. Essa dificuldade expressando-se na estigmatização e preconceito com esses usuários, bem como nas limitações dos serviços em trabalhar com as

tecnologias e impasses que envolvem o cuidado ao público AD, a exemplo do alcance das estratégias de redução de danos. De acordo com alguns trabalhadores dos CAPS-AD:

[...] Tem muitos usuários que a gente atende em ambulatório, por exemplo, que entram no serviço e passam um período tratando, sai em transferência de cuidado para outra unidade ou de alta do serviço. Não precisou de cuidado intensivo, mas teve ali a dispensação de cuidado que em outro lugar ele não teria, por exemplo em uma unidade básica (DELTA 1, p. 03).

[...] As vezes o distanciamento que agendam as consultas, às vezes até o próprio impacto ali na recepção, um certo descaso ou achar que o usuário de álcool e drogas não merece [o atendimento na UBS], ele pode ficar para depois (ASA 1, p. 03-04).

Um fenômeno interessante é que diante da dificuldade de acesso e acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas na atenção primária, os trabalhadores dos CAPS-AD têm absorvido os casos considerados “leves” em suas agendas ambulatoriais, na perspectiva de um acompanhamento breve. Avalia-se que essa decisão contribui para a sobrecarga dos trabalhadores e “inchaço” dos serviços, que em última instância centralizam o atendimento nos CAPS-AD e reforçam a ideia de que existe um espaço especializado para as questões relacionadas ao uso de drogas.

Os princípios mobilizados pela reforma psiquiátrica convocam a um movimento contínuo de ruptura com os saberes especializados e com a ideia de que existe um espaço detentor dos recursos necessários ao enfrentamento do sofrimento psíquico. Há um embaraço presente no campo das políticas de saúde mental, álcool e outras drogas, ora referindo-se aos CAPS como serviços de referência, ora como serviços especializados no cuidado de uma população específica. Há também uma contradição, no sentido de se projetar a integralidade e o compartilhamento do cuidado, mas com tendência a centralizar o atendimento às crises nos CAPS e CAPS-AD, inclusive entre os próprios trabalhadores desses dispositivos.

[...] a gente pouco tem “pernas” para sair do AD e ir no território, por exemplo, coisa que a gente também deveria fazer: ir no centro de saúde, matricular, fazer uma busca ativa, visita domiciliar, fazer projetos no território. A gente está tentando se organizar para isso, mas em função dessa sobrecarga e de ser tão centrado, a gente não consegue (VOA 1, p. 05).

[...] é uma quantidade pequena de trabalhadores, onde a gente realmente vai conseguir fazer aquele básico do serviço que são os acolhimentos, os atendimentos para aqueles que estão ali. Muitas das vezes é difícil a gente conseguir sair daquele espaço do serviço mesmo, pensando nas articulações de fora (DELTA 2, p. 14).

Com o acúmulo de casos, os trabalhadores desses dispositivos dizem não ter condições de realizar ações de cuidado às crises como deveriam, especialmente àquelas que demandam processos de articulação com o território e políticas públicas intersetoriais, tal como evidenciado por Machado, Modena e Luz (2020b). Essa realidade não é assimilada de modo acrítico pelos trabalhadores, que apontam alternativas para qualificar a assistência nos serviços, tais como: redimensionamento de rede, participação no matriciamento das UBS e oportunidades de formação/qualificação profissional.

Esses desafios assistenciais podem trazer impactos no cuidado às crises, pois além da sobrecarga mencionada, as práticas de saúde podem restringir-se à oferta de um “pacote básico” para o tratamento das crises, comprometendo a longitudinalidade do cuidado e qualidade da assistência. Há que se considerar que um sujeito em crise e vinculado ao CAPS-AD também pode precisar fazer um acompanhamento do seu quadro hipertensivo na APS, ou mesmo ter uma crise hipertensiva e precisar de outro serviço de urgência e emergência.

Apesar das considerações acima expostas, reconhecemos que o recurso que sustenta grande parte da assistência nos CAPS-AD são os próprios trabalhadores, que junto a outros atores mobilizam as tecnologias necessárias no cuidado às crises. O trabalhador é o interlocutor do cuidado na medida em que oferta a escuta, acolhe as demandas, conduz atendimentos, grupos, propostas de inserção social e realiza o manejo das crises pelo atributo do vínculo. Esse recurso, paradoxalmente, tem sido o mais escasso e precarizado na RAPS.

Portanto, para avançar no cuidado às crises de pessoas que usam drogas é necessário trabalhar na direção da integralidade. Ou seja, compartilhar o cuidado entre os dispositivos que compõe a rede de atenção e estabelecer conexões com os recursos comunitários e territoriais. Para tanto, é preciso olhar para a complexidade da produção do cuidado em saúde nesse âmbito, direcionando investimento financeiro e recursos humanos, fomentando espaços de diálogo, formação profissional e participação social.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção de um trabalho científico mobiliza muito mais do que referenciais teóricos e metodológicos. Nem por isso, o percurso realizado com este estudo descartou as etapas de desenvolvimento de uma pesquisa, seus aspectos éticos, políticos e sociais. Além disso, pôde valorizar as vivências de uma trabalhadora-pesquisadora, que descobrindo as nuances do cuidado em saúde encontrou na formação acadêmica espaço para a desconstrução de formas estáveis do conhecimento.

Durante as entrevistas, as questões relativas à precarização dos serviços e sobrecarga dos trabalhadores me provocavam em vários lugares: como cidadã, como trabalhadora do SUS e como pesquisadora. Os refinamentos teóricos me ajudaram a organizar conceitualmente questionamentos e reflexões. Fui compreendendo que o lugar de pesquisadora não exigia desconsiderar a influência das relações coletivas (PESQUISADORA, junho de 2022).

O campo das políticas públicas é um espaço privilegiado para a desconstrução do saber, sobretudo na atenção às pessoas que usam drogas. Não há como sistematizar as experiências singulares que se dão no encontro entre sujeitos e substâncias psicoativas, ainda que a técnica e os protocolos sejam necessários nos processos de trabalho de um CAPS-AD. O que sabemos é que cada um atribuirá ao uso de drogas um sentido ou uma função, nem sempre possíveis de se identificar nas sociedades contemporâneas.

Dar-se conta dessa experiência singular ajuda a compor os recursos necessários para um cuidado ampliado junto às coletividades. Entretanto, não é uma equação exata: o uso de substâncias pode tanto produzir alívio para o sofrimento, quanto ressaltar processos de exclusão e desenlace. É preciso estarmos atentos aos cenários de violências, vulnerabilidades e sofrimento social, buscando compreender qual sua interseção com o uso prejudicial de drogas e qual o lugar na engrenagem social será destinado a esses sujeitos.

A história nos ensinou que as instituições e a hegemonia do saber especializado podem ser armas potentes de aprisionamento dos diferentes modos de existir. Foi assim com a

experiência da loucura que se atualiza no campo de álcool e outras drogas. Em nome da ordem e da proteção da sociedade, legitimam-se práticas de controle dos modos de viver, seja através dos gestos estigmatizantes ou da negação aos direitos fundamentais, caminhando para a segregação de populações já marginalizadas.

Compreendemos que os modelos de atenção às pessoas que usam drogas refletem um campo de disputa entre os paradigmas proibicionistas e de redução de danos, com importante papel do Estado e da sociedade nas concepções de cuidado a serem adotadas. Frente a um contexto de desmonte das políticas públicas, tão essenciais para a garantia ou ampliação das possibilidades de vida das pessoas em situação de vulnerabilidade, tornou-se fundamental refletir sobre a sustentação do modelo de atenção psicossocial.

Por isso, este estudo buscou investigar as concepções de cuidado às crises de pessoas que usam drogas adotadas pelos trabalhadores dos CAPS-AD, tendo em vista que elas irão nortear as práticas realizadas nestes serviços. Neles, os trabalhadores são identificados como o recurso que sustenta cotidianamente a produção do cuidado em saúde, atravessados pelas relações com os usuários, gestão dos serviços e comunidades, sem desconsiderarmos as mudanças em curso nas políticas sobre drogas e a precarização da RAPS.

Os resultados deste estudo apontam que as concepções de cuidado às crises no campo AD seguem os pressupostos do modelo de atenção psicossocial. Ou seja, fazem confluência com os princípios do SUS e com os movimentos de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial. Neste sentido, os CAPS-AD buscam construir o cuidado em rede, em contexto comunitário e territorial, de forma a garantir o atendimento integral. A RD é a estratégia ética que orienta as práticas de cuidado, com fomento à autonomia, liberdade e participação dos usuários.

Alguns desafios compõem a operacionalização desse cuidado em rede. Entre eles os processos de articulação, que se relacionam aos projetos terapêuticos compartilhados com outros pontos da RAPS e a interlocução com as políticas intersetoriais. Há, supostamente, resistência no acolhimento e inserção dos usuários de álcool e outras drogas nessas esferas, o que acaba centralizando o cuidado nos CAPS-AD e gerando sobrecarga no serviço e seus trabalhadores.

A mencionada resistência de outros pontos da rede a esses usuários, entretanto, deveria ser mais explorada em outros estudos e confrontada com esses relatos dos trabalhadores dos CAPS-AD, pois é possível que a cultura especializada também esteja presente entre os profissionais do campo da saúde mental, álcool e outras drogas, o que poderia facilitar um certo descredenciamento da APS para o cuidado dessa população. Em ambos os casos, podem

acontecer prejuízos na concretização da assistência integral, reforçando a ideia de um espaço especializado para tratar as questões relativas ao uso de drogas.

A RD enquanto estratégia ética que se insere nas políticas públicas sobre drogas traz contribuições significativas ao modelo de atenção psicossocial. Essas contribuições se relacionam a uma ampliação do cuidado em saúde, que deixam de centralizar-se na produção da abstinência. Na perspectiva da RD há uma valorização da autonomia através da participação dos usuários nas decisões sobre si e seu cuidado. Com isso, as ações passam a considerar as reais necessidades das pessoas e os contextos de vulnerabilidades, orientando projetos de cuidado que visem à garantia de direitos e à ampliação das possibilidades de vida.

Além das contribuições da RD para o modelo de atenção psicossocial, existem também desafios nessa incorporação. Entre eles, o fato de a lógica de cuidado em RD não ter o alcance esperado nos outros pontos da rede, como por exemplo na APS, que supostamente organiza suas ações a partir de um olhar centralizado na substância e na expectativa da abstinência. Como resultado, o atendimento às pessoas que usam drogas traduz-se no encaminhamento aos dispositivos considerados especializados.

Outro desafio presente no cotidiano de um CAPS-AD refere-se ao manejo das crises nas situações de involuntariedade. Aqui se escancara um paradoxo: sustentar o cuidado às crises com a premissa da autonomia e liberdade das pessoas, expresso radicalmente na proposta de um serviço de “portas abertas”. Esta realidade é vivificada pelos trabalhadores na oferta de escuta, manejo verbal, acompanhamento próximo, “corpo a corpo”, o que tende a qualificar a assistência. Em contrapartida, demanda uma equipe disposta, em contínuo processo formativo e com recursos humanos suficientes para a gestão das crises.

Entre as alternativas para o enfrentamento desses desafios, especialmente no que se refere ao acesso do público AD a outros pontos da rede de atenção, os trabalhadores dos CAPS-AD apontaram que a participação nas reuniões de matriciamento realizadas nas UBS seria o primeiro passo para avançar na direção do cuidado integral. Com relação à sobrecarga e outras dificuldades da assistência, acreditam que os espaços de participação social como fóruns e associações possam ajudar na construção de saídas possíveis, pressionando os órgãos de gestão à estruturação e investimento na RAPS e seus trabalhadores.

Apesar das considerações acima expostas e da limitação de todo trabalho científico em retratar a realidade, reconhecemos o empenho dos atores sociais em sustentar o cuidado às crises de pessoas que usam drogas coerente com o modelo de atenção psicossocial num cenário de precariedades e retrocessos. Como diria Barros (2020), enfrentar a “crise” em sua perspectiva social, ética e política requer uma atitude coletiva que inclua cidadãos comuns,

sociedade civil organizada, trabalhadores e gestores das políticas públicas, transformando o medo em resistência e restabelecendo nossa capacidade de detectar e agir sobre o intolerável.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ANDRADE, A. P. M.; MALUF, S. W. Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 273-284, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406350708023.pdf>
- ARAÚJO, M.R.; MOREIRA, F.G. História das drogas. In: SILVEIRA, D.X; MOREIRA, F.G. (Orgs). **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 9-14.
- ARAÚJO, A. C. C.; PIRES, R. R. Redução de danos na atenção psicossocial: concepções e vivências de profissionais em um CAPS ad. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 9-21, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-882812>
- AZEVEDO, A. O.; SOUZA, T. P. Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 491-510, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v27n3/1809-4481-physis-27-03-00491.pdf>
- BASTOS, F. I. P. M.; BERTONI, N. **Pesquisa nacional sobre o uso de crack**. Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. 224 p.
- BASTOS, F. I. P. M. *et al.* (Orgs.) **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol. 20, n. 04, p. 884 - 899, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/07.pdf>
- BARRETO, C. Psicanálise e Saúde Mental: uma parceria possível? **Almanaque On-line, revista eletrônica do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental (IPSM)**, Minas Gerais, v. 4, n. 6, p. 01-10, 2010. Disponível em: <http://almanaquepsicanalise.com.br/wp-content/uploads/2015/09/cristiane.pdf>
- BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F.; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Revista Esc. Enfermagem USP [on-line]**, São Paulo, v. 41, n. spe, p. 815-819, 2007. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/J4DPK7nKhKgzpF9tRSRVqzb/?lang=pt>
- BARROS, M. E. B. Resistência e criação: micropolítica das violências e subjetivação do medo no contexto da ciência e da democracia. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 365-379, 2020. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/22745/17823>
- BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia Ciência e Profissão**, Natal, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/J39C4msqtPyBM6mxKnP9GCw/abstract/?lang=pt>
- BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p. 41-71.
- BONFADA, D.; GUIMARÃES, J. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 2. p. 227-236, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v17n2/v17n2a05.pdf>
- BOSKA, G. A. *et al.* Leitos em centro de atenção psicossocial álcool e drogas: análise e caracterização. **Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]**, v. 71, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5DwgMz8qQdPvpBv7pV6nhSr/?lang=pt&format=pdf>
- BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 02, p. 77-101, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1990.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Congresso Nacional, 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 9.761 de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2019a.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do ministro. **Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005**. Determina as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece as Modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Brasília: Esplanada dos Ministérios, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Gabinete do Ministro: Brasília, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588 de 21 de Dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Gabinete do Ministro: Brasília, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 354 de 10 de março de 2014**. Publica a proposta de projeto de resolução “Boas práticas para organização e funcionamento dos serviços de urgência e emergência”. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Gabinete do Ministro. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Política para Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Presidência da República. **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, DF, 2010.

BRITO, A. A. C.; BONFADA, D.; GUIMARÃES, J. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1293-1312. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/DXZ9RCkkK5qb4CP68rd8XDC/?lang=pt>

CARNEIRO, H. A erva dos escravos. **Nossa História**, Rio de Janeiro, ano 3, n. 33, p. 22-24, jul. 2006.

CEBRAP. **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP); Conectas Direitos Humanos, 2022. 61p.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017**. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão; Ministério Público Federal. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2018. 172 p. Disponível em:

<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>

CÔRTEZ, C. A. (org.) **Cersam Barreiro 18 anos: em verso, prosa e algo mais**. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2012, 152 p.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocessos da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462020000300509&script=sci_abstract&tlng=pt

DELGADO, P. G. G; LOBOSQUE, A. M.; LUCENA, M. **Supervisão clínica institucional**: produzindo saberes no cuidado em liberdade. Plataforma Facebook: Fórum Mineiro de Saúde Mental, 09 de novembro de 2020 – 1 vídeo. *Live* disponível em:

<https://pt-br.facebook.com/100077275482511/videos/supervis%C3%A3o-cl%C3%ADnica-institucional-produzindo-saberes-no-cuidado-em-liberdade/668317223858043>

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 167p.

DIAS, M. K.; FERIGATO, S. H.; FERNANDES, A. D. S. A. Atenção à crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 595-602, 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2020.v25n2/595-602/pt>

ESCOHOTADO, A. La Antigüedad Remota. In: ESCOHOTADO, A. **De los Orígenes a la prohibición**. Madrid: Alianza Editorial, 1994. p. 5-11.

ESCOHOTADO, A. **Historia General de Las Drogas**. Madrid: Edición Digital, Espasa Calpe, 2007.

FARIA, J. G.; SCHNEIDER, D. R. Relações entre racionalidade conservadora e pauperização do cuidado em CAPS-AD: um estudo de caso. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 11, n. 28, p. 01-25, 2019. Disponível em:

file:///C:/Users/Aline%20Guedes/Downloads/RELACOES_ENTRE_RACIONALIDADE_CONSERVADOR.pdf

FILHO, A. N.; FLACH, P. V. Os sujeitos e a exclusão: das práticas de cuidado à iatrogenia dos movimentos de resistência. In: VECCHIA, M. D. *et al.*(orgs.) **Drogas e Direitos Humanos**: reflexões em tempos de guerra às drogas. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 299-318.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; T., E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 2008.

<https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkyMVBByhrN/?format=pdf&lang=pt>

FOUCAULT, M. **Os anormais**: curso no collège de france – 1974-1975. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 247 p.

FRANCO, T. B.; HUBNER, L. C. M. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 6, p. 93-103, 2019.

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JdtdgQDJjyVqVdMJ5K6bhq/?lang=pt>

GARCIA, A. M.; COSTA, H. C. A crise no cotidiano dos serviços de saúde mental: o desafio de experimentar desvios e favorecer a potência inventiva. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 399-408, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0399.pdf>

GASKELL, G.; ALLUM, N. C. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento, evitando confusões. In: BAUER, W.; GASKELL, G. (orgs.) **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Editora Vozes: Rio de Janeiro, 2008, p. 17-38.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, W.; GASKELL, G. (orgs.) **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Editora Vozes: Rio de Janeiro, 2008, p. 64-89.

GOULART, M. S. B. A política de saúde mental mineira: rumo à consolidação. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. 2, Edição Especial, p. 194-213, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8nspe/04.pdf>

KOLHS, M.; OLSCHOWSKY, A.; FERRAZ, L. Sofrimentos e defesas no trabalho em um serviço de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem REBEn [Internet]**, v. 72, n. 4, p. 954-961, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9CZCN7yCyrGCjnJzXJfpGb/?format=pdf&lang=pt>

LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R. et al. (orgs.) **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. P. 137-153.

LIMA, S. S.; TEIXEIRA, R. M.; PINHEIRO, C. M. O conceito de crise na clínica para usuários de álcool e outras drogas: ampliando reflexões. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, vol. 36, n. 93, p. 275-281, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341763015.pdf>

LOBOSQUE, A. M. Atender a crise: descentrando espaços. In: LOBOSQUE, A. M. **Experiências da Loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001. p. 86-93.

LOBOSQUE, A. M.; SOUZA, M. E. (orgs.) **Atenção em Saúde Mental**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006. 238 p.

LOBOSQUE, A. M.; NATAL, N. T.; PAULO, S.; SOUZA, M. E. **Atenção à crise sem manicômio: desafios e estratégias**. Plataforma Facebook: Fórum Mineiro de Saúde Mental, 25 de fev. de 2021 – 1 vídeo. *Live* disponível em: <https://www.facebook.com/229120503955704/videos/954413368721705/>

LOURAU, R. **Analista institucional em tempo integral**. São Paulo: HUCTTEC, 2004. 289 p.

MACHADO, A. R.; MODENA, C. M.; LUZ, Z. M. P. O que as pessoas que usam drogas buscam em serviços de saúde? Compreensões para além da abstinência. **Interface (Botucatu)** [on-line], vol. 24, 2020a. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v24/1807-5762-icse-24-e190090.pdf>

MACHADO, A. R.; MODENA, C. M.; LUZ, Z. M. P. Das proposições das políticas às práticas dos serviços: há novidades nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 01-20, 2020b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/PdsGKPNhYyXRY4Jhdx7KV8v/?lang=pt>

MACHADO, A. R.; MODENA, C. M.; LUZ, Z. M. P. Contribuições de serviços de saúde às pessoas que usam drogas: da exclusividade da produção da abstinência à ampliação das possibilidades de vida. **Saúde em Rede**, vol. 07, n. 03, 2021. Disponível em: [file:///C:/Users/Aline%20Guedes/Downloads/admin,+Contribui%C3%A7%C3%B5es+de+servi%C3%A7os+de+sa%C3%BAde+%C3%A0s+pessoas+que+usam+drogas.docx%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Aline%20Guedes/Downloads/admin,+Contribui%C3%A7%C3%B5es+de+servi%C3%A7os+de+sa%C3%BAde+%C3%A0s+pessoas+que+usam+drogas.docx%20(1).pdf)

MACHADO, J. A. M. *et al.* (No prelo). **Atenção em Rede à pessoa em uso prejudicial de álcool e outras drogas: diretrizes para o cuidado e articulação entre os serviços**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2022, 61 p.

MARQUES, C. F. *et al.* O que significa o desmonte? Desmonte do que e para quem? **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, n. spe 2, p. 06-18, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/yvzyGKxGGDD55sqrmXBBpDF/?format=pdf&lang=pt>

MARTINS, A. G. **A Noção de Crise no Campo da Saúde Mental**: saberes e práticas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). 2012. 90p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

MENDES, C. M. A pesquisa on-line: potencialidades da pesquisa qualitativa no ambiente virtual. **Hipertextus**, n. 2, 2009. Disponível em: <https://noctuam.files.wordpress.com/2018/05/conrado-moreira-mendes.pdf>

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 172-174, set. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a15.pdf>

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-394033>

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. IN: MERHY, E. E.; BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T.; ALMEIDA, D. E. S.; SLOMP, J. H. (orgs.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 59-72.
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5798651/mod_resource/content/1/Avaliacao%20compartilhada%20do%20cuidado%20em%20saude%20vol2.pdf

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2014.

MINAYO, M. C. (org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Edição digital. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2013.

MIRANDA, D. D. S.; EIDELWEIN, C. Ações de redução de danos no centro de atenção psicossocial álcool e drogas (CAPS AD): pressupostos e práticas. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 85-96, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1122767>

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Recife, v. 13, n. 1, p. 121-133, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100017

NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. (orgs.) **Drogas e redução de danos**: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo: PROAD, UNIFESP, Ministério da Saúde, 2008, 96 p.

NILO, k. *et al.* (org.) **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte**: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008. 258 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Neurociências**: consumo e dependência de substâncias psicoativas (Resumo). Genebra, 2004. 40 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Orientações sobre serviços comunitários de saúde mental**: promovendo abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos. Versão eletrônica, 2021, 265p. Disponível em: <file:///C:/Users/Aline%20Guedes/Downloads/9789240025707-eng.pdf>

PENIDO, C. M. F.; PASSOS, I. C. F.; ANDRADE, I. C. Saúde mental e estratégia de saúde da família: uma primeira experiência de aproximação. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 258-268, 2015a. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000200008

PENIDO, C. M. F. A análise da implicação como dispositivo de transformação do processo de trabalho. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 248-257, 2015b. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8nspe/07.pdf>

PENIDO, C. M. F. Trabalhador-pesquisador: análise da implicação como resistência ao distanciamento do objeto. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 380-396, 2020. Disponível em:

<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/22749/17824>

PINHO, P. H.; OLIVEIRA, M. A.; ALMEIDA, M. M. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 82-88, 2008. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832008000700017&script=sci_abstract&tlng=pt

PIRES, R. R.; SANTOS, M. P. G. Desafios do multiprofissionalismo para a redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 1-12, 2021.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QfsqFfdSsXxVq3YMXt5YzVR/>

QUEIROZ, I. S.; JARDIM, O. M.; ALVES, M. G. D. “Escuta no pátio”: cuidado e vínculo como práticas de redução de danos. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del-Rei, v. 11, n. 03, p. 650-668, 2016.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-89082016000300010

RODRIGUES, T. Tráfico, Guerra, Proibição. In: LABATE, B. C. et al., (orgs.) **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 91-104

SALVADOR, P.T.C.O.; ALVES, K.Y.A.; RODRIGUES, C.C.F.M.; OLIVEIRA, L.V. Estratégia de coleta de dados on-line nas pesquisas qualitativas da área da saúde: *scoping review*. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol. 41, Porto Alegre, 2020. Disponível em:

https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v41/pt_1983-1447-rgenf-41-e20190297.pdf

SCAFUTO, J. C. B.; SARACENO, B.; DELGADO, P. G. G. Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização (2003-2015) **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília: DF, v. 28 n. 3/4, p. 350-358, 2017. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/v38_3_formacao%20educacao.pdf

SEIXAS, C. T. *et al.* O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface - comunicação, saúde, educação [online]**, v. 23, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170627>

SILVA, R. A. **Reforma Psiquiátrica e Redução de Danos: um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam**. 2015. 199p. Dissertação (Mestrado) -Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2015.

SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. Reflexões Preliminares sobre a Questão das Substâncias Psicoativas. In: SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. (Orgs). **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 3-7.

SOUZA, J. (org.) **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016. 360 p.

SOUZA, M. E. *et al.* (Orgs.) **Linha Guia em Saúde Mental**. Secretaria de Estado de Saúde, Atenção em Saúde Mental. Belo Horizonte, 2006, 238 p.

SOUZA, P. J. C. Resposta à crise: a experiência de Belo Horizonte. In: NILO, K. *et al.*, (Orgs.) **Política de saúde mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008. p. 111-128.

SOUZA, T. P., CARVALHO, S. R. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. **Polis & Psique**, v. 2, (n. temático), p. 37-58, 2012. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/viewFile/40319/25628>

SPINK, P. K. O pesquisador conversador no cotidiano. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, p. 70-77, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/6Sc7z55mBgkxxHPjrDvJHXJ/?lang=pt>

STEFANELO, S.; SOUZA, P. J. C. Cuidado/manejo da pessoa em crise em situações específicas. In: ZEFERINO, M. T. *et al.* (orgs). 4ª Edição. **Crise e urgência em saúde mental: o cuidado às pessoas em situações de crise e**

urgência na perspectiva da atenção psicossocial. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. P. 82-106.

VARGAS, E. V. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: LABATE, B. C. *et al.*, (orgs.) **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 41-64

VASCONCELOS, E. M. Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas últimas duas décadas. Rio de Janeiro: **Mnemosine**, vol. 1, n. 0, p.73-90, 2004. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41339/28608>

VENTURA, C.; VIDAL, L.; NOGUEIRA, R. C. **Webinário atenção psicossocial nas redes de saúde mental: razões para fortalecê-la**. Plataforma Youtube: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 13 de maio de 2021 – 1 vídeo. Live disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=jgR7mBUjz_A&lc=UgxX22O8bO5lZhaFGYV4AaABAg

WILLRICH, J. Q. *et al.* Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 47-64, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2011.v21n1/47-64/pt>

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>

ZEFERINO, M. T. *et al.* **Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental**. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. 101 p.

QUADRO 1 - SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE BELO HORIZONTE (RAPS-BH)

Serviços de atenção em SM	Descrição
Equipes de Saúde da Família na APS	<ul style="list-style-type: none"> • Porta de entrada e ordenadora da rede. • Na Atenção AD, a APS é reafirmada como uma das estratégias mais potentes para o cuidado aos usuários, considerando que os serviços se articulam em base territorial e comunitária, acessíveis a qualquer pessoa, localizados o mais próximo possível de onde o usuário vive, onde estão suas famílias, amigos e as instituições com as quais tem contato (associações, igrejas, terreiros, escolas, polícia e outras) e os demais lugares que frequenta.
Profissionais de Saúde Mental nos Centros de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • As Equipes de SM nos Centros de Saúde são identificadas como <i>equipes de apoio</i> às Equipes de Saúde da Família. Distribuem-se nos Centros de Saúde, com ao menos um profissional da saúde mental em cada unidade de atenção primária. • Os profissionais de Saúde Mental nos Centros de Saúde (1 psicólogo em cada e 1 psiquiatra a cada 2/3 Centros de Saúde) acompanham, junto às Equipes de Saúde da Família, os casos prioritários da Saúde Mental, que são as pessoas em sofrimento psíquico e/ou com transtorno mental severo e persistente e pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, em todas as idades, quando estas se encontram em condições de acompanhamento ambulatorial, ou seja, fora da urgência e crise.
Consultório na Rua	<ul style="list-style-type: none"> • Implementado em Belo Horizonte em 2011. Dispositivo que oferta cuidado em saúde <i>in loco</i>, com apoio e vinculação das pessoas em situação de rua (PSR) com os serviços da rede de saúde do município (saúde mental e atenção primária em saúde). • Oferecer assistência integral em saúde <i>in loco</i>, com articulação dos diversos pontos da rede para a garantia do cuidado à pessoa em situação de rua (PSR), em sua maioria usuária de álcool e outras drogas e/ou com sofrimento mental intenso. • Promover o cuidado em liberdade por meio das estratégias de Redução de Danos; • Atender adultos em situação de rua, prioritariamente aqueles que apresentam em situação de risco de agravamento clínico; e crianças e adolescentes com trajetória de rua, em situação de risco e vulnerabilidade. • Composição de cada equipe: 01 redutor (a) de danos, 01 psicólogo (a), 01 enfermeiro (a), 01 arte educador (a), 02 assistentes sociais; 01 médico; 01 motorista; • Distribuição e referenciamento: A partir de janeiro de 2022 com 8 equipes cobrindo a cidade, distribuídas da seguinte forma: 2 equipes na Regional Centro-Sul (uma no hipercentro, outra nos demais espaços da regional); Leste; Nordeste; Noroeste; Norte; Oeste / Barreiro (uma equipe atendendo 2 regionais), Venda Nova / Pampulha (uma equipe atendendo 2 regionais).
Equipes Complementares de Saúde Mental da Criança e Adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • Equipes compostas por médico psiquiatra infantil, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional. • Prestar assistência aos casos em sofrimento mental grave que se apresentam na infância e adolescência em parceria com as equipes de SM, ESF e outros dispositivos como o Arte da Saúde e os CERSAMIs. • O acesso e acompanhamento por essas equipes é sempre decorrente da discussão de casos acompanhados pelas Equipes de SM e ESF nas Unidades de Atenção Primária. • São localizadas estrategicamente em uma Unidade de Atenção Primária por Regional, e referenciam o público acompanhado em todas as Unidade de Atenção Primária da área de abrangência.
CERSAM (Centro de Referência em Saúde Mental)	<ul style="list-style-type: none"> • Existem em 8 regionais, exceto a Centro Sul (referenciada pelos CERSAM Leste e Oeste). São compostos por equipe multiprofissional, composta por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, entre outros.

	<ul style="list-style-type: none"> • São serviços regionalizados para acolhimento das situações de crises e urgências em saúde mental e acompanhamento intensivo das pessoas em sofrimento psíquico, com quadros graves e persistentes. • O acolhimento aos usuários é das 7 às 19 horas, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. • Funcionam 24 horas, considerando o regime de Hospitalidade Noturna; • Os usuários podem permanecer no serviço pelo tempo necessário, sendo acompanhados em modalidade ambulatorial, Permanência-Dia, Hospitalidade Noturna e outras atividades que ofertadas pelo CERSAM. • O tratamento busca a estabilização do quadro clínico, a reconstrução da vida pessoal, o convívio e a reinserção social, ofertando também o suporte necessário aos familiares. • Oferece atendimento singularizado a cada caso, atividades coletivas, e de cultura e lazer. É traçado um projeto terapêutico de acordo com a necessidade de cada usuário que chega ao CERSAM.
CERSAMI (Centro de Referência em Saúde Mental da Infância e Adolescência)	<ul style="list-style-type: none"> • Existem em 3 Regionais: NO, NE e CS. Para a cobertura da população da cidade, sua organização obedece à seguinte lógica: • São serviços que acolhem a urgência e crise em saúde mental e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas da clientela infanto-juvenil. • Funcionam da mesma forma como os CERSAMs, apenas com a diferença em relação ao público atendido. • O CERSAMI Centro-Sul é retaguarda noturna para acolhimento de urgência e crise em saúde mental para crianças e adolescentes, recebendo os casos desse público específico encaminhados pelo SAMU e pelos demais CERSAMs da cidade.
Unidade de Acolhimento Transitório Infanto-juvenil (UATI)	<ul style="list-style-type: none"> • Instituída pela Portaria GM/MS n. 121 de 25 de janeiro de 2012, como componente de <i>atenção residencial de caráter transitório</i> da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). • Implementada em Belo Horizonte em dezembro de 2017, é um espaço de moradia transitória que acolhe crianças e adolescentes, de 10 a 18 anos, com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e/ou em situações de risco e vulnerabilidades relacionadas ao contexto social e violência instituída no território. • A equipe é composta por: 01 coordenador (a); 04 profissionais nível superior da Saúde; 01 Educador Social da Educação; 12 Agentes Ação Social - 12x36; 01 profissional em serviços gerais. • Está sediada na Regional Nordeste e recebe crianças e adolescentes que estejam em tratamento nos 3 CERSAMs da cidade e tenham indicação da UATI em seu Projeto Terapêutico Singular. Assim sendo, é um recurso do tratamento ofertado pelos CERSAMs, de acordo com indicação do Projeto Terapêutico Singular. • 10 vagas.
Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP)	<ul style="list-style-type: none"> • Serviço para acolhimento noturno de urgência e crise em saúde mental das 19h às 7h. • É referência para as regionais Centro-Sul, Leste, Nordeste, Norte e Venda Nova. • Os usuários chegam por meio dos serviços móveis de urgência (SAMU), PM, Corpo de Bombeiros e encaminhados dos serviços de urgências clínicas (hospitais e UPA). • Não acolhe usuários menores de 18 anos. Esses são acolhidos pelo CERSAMI CS. • Funcionamento exclusivamente noturno, oferece supervisão presencial <i>in locu</i> nos CERSAMs localizados nos territórios os quais referência. Os usuários ficam em hospitalidade noturna nesses serviços (nos territórios) e a equipe do SUP faz a cobertura, com rotina de circulação em todos os CERSAMs, CERSAMs AD e CERSAMs das regionais que referência. • Embora o SUP não acolha menores de 18 anos, os CERSAMs fazem parte dos serviços supervisionados pela equipe do SUP.
Retaguarda noturna e aos finais de semana pelo CERSAM AD Pampulha/Noroeste (P/NO)	<ul style="list-style-type: none"> • O CERSAM AD Pampulha/Noroeste, por ser um CAPS AD IV e contar com o profissional médico e enfermeiro durante todo o turno da noite, realiza, juntamente com o SUP, o acolhimento noturno das urgências e crises em saúde mental que ocorrem entre 19h e 7h. • É referência para as regionais Barreiro, Oeste, Noroeste e Pampulha. • Os usuários chegam por meio dos serviços móveis de urgência (SAMU), PM, Corpo de Bombeiros e encaminhados dos serviços de urgências clínicas (hospitais e UPA).

	<ul style="list-style-type: none"> • Não acolhe usuários menores de 18 anos. Esses são acolhidos pelo CERSAMI CS. • Da mesma forma que o SUP, oferece supervisão presencial <i>in locu</i> nos CERSAMs localizados nos territórios os quais referência. Os usuários ficam em hospitalidade noturna nesses serviços (nos territórios) e a equipe noturna do CERSAM AD P/NO faz a cobertura, com rotina de circulação em todos os CERSAMs, CERSAMs AD e CERSAMIs das regionais que referência. • Embora o CERSAM AD Pampulha/Noroeste não acolha menores de 18 anos, os CERSAMIs fazem parte dos serviços supervisionados pela equipe noturna. • Além do funcionamento noturno, oferece retaguarda psiquiátrica aos finais de semana a todos os usuários dos CERSAMs e CERSAMs AD da cidade. A retaguarda para os CERSAMIs aos finais de semana é feita pelo CERSAMI CS. <p>Observação: O CERSAM AD Pampulha/Noroeste conta com uma ambulância e com ela é possível o deslocamento para atendimento presencial em alguns casos mais graves nos finais de semana, para isso avaliando-se o tipo de necessidade (critérios) tanto do usuário quanto da equipe que está no local onde o usuário se encontra. Entretanto, vale salientar que não se trata de um fluxo regular de atendimento em todas as unidades como no acolhimento noturno.</p>
Leitos no Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro (HMDCC)	<ul style="list-style-type: none"> • Leitos destinados a pacientes com desestabilização clínica grave, como Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) grave, outras complicações clínicas decorrentes de uso de álcool e outras drogas, catatonia, Síndrome Neuroléptica Maligna. • 10 Vagas disponibilizadas para pacientes em tratamento nos CERSAMs e CERSAMs AD.
Centro de Convivência	<ul style="list-style-type: none"> • Um Centro de Convivência em cada regional. • Os Centros de Convivência têm como missão a reinserção social de adultos em sofrimento mental e/ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas, em tratamento na rede pública ou privada, fora do momento de crise. • Os objetivos são: trabalhar a inclusão social e autonomia da pessoa em sofrimento mental através do estímulo e desenvolvimento de habilidades artísticas e artesanais, ampliar o círculo de convivência e circulação social, construindo formas de se inserir na cidade; resgatar laços sociais; legitimar seus direitos de cidadão; estimular e promover a geração de trabalho e renda; promover a inserção nos estudos e no trabalho; ampliar o acesso aos bens culturais; estimular a participação política e o controle social; dialogar com a sociedade sobre o estigma da loucura, desconstruindo preconceitos e divulgando o trabalho da rede de saúde mental de BH; contribuir para a melhoria da qualidade de vida através de atividades de promoção da saúde (como o Lian Gong e outras atividades físicas) e lazer; promover a autoestima e auto cuidado, acompanhar o Projeto Terapêutico e projetos de vida. • São oferecidas atividades como oficinas de música, teatro, desenho, pintura, marcenaria, mosaico, cerâmica, artesanato, letras, bordado e costura, tapeçaria, culinária, reciclagem, horta, autocuidado, arte em papel, artes plásticas, artes visuais, dança, jogos, atividades físicas, Lian Gong, rodas de conversa, assembleias, reuniões de familiares, passeios diversos (cinema, teatro, exposições, shows, dentre outros), organização de eventos tais como intervenções urbanas (grafite, lambes), saraus, exposições, mostras de arte, bazares, festivais de música, performances e outras atividades como passeios, participação em eventos culturais, idas ao cinema e festas. • Os usuários devem ser encaminhados aos Centros de Convivência da regional de sua residência pelo profissional de referência do tratamento, seja do Centro de Saúde (Profissionais de Saúde da Família ou Equipe de Saúde Mental), CERSAM, CERSAM AD, Consultório de Rua e demais serviços da RAPS, além de profissionais da rede privada. O profissional responsável pelo encaminhamento deverá elaborar um relatório, por escrito, clareando o projeto terapêutico e lugar do Centro de Convivência neste Projeto. Este profissional deverá também telefonar para o serviço e agendar entrevista de avaliação e admissão. O usuário em posse do encaminhamento escrito deverá comparecer ao local no dia e horário agendados. A entrevista é realizada pelo gerente do serviço.

	<ul style="list-style-type: none"> • O acompanhamento no Centro de Convivência é feito conjuntamente com as equipes de saúde que acompanham o usuário e através das articulações intersetoriais. <p>Para o cuidado ao público AD, o Centro de Convivência pode potencializar a ampliação da autonomia, e possibilitar intervalos entre o sujeito e a SPA e o encontro de soluções não químicas.</p>
Programa Arte da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Funciona por meio de oficinas em todas as regionais. • É uma prática de promoção à saúde voltada para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos que buscam o enfrentamento de situações de vulnerabilidade, risco social e/ou pessoal, usando a arte e suas diversas expressões como principais ferramentas de produção de cidadania e protagonismo infanto-juvenil. • O projeto oferece oficinas de arte em várias modalidades: artes plásticas, artesanato, dança, música, teatro, circo, capoeira, expressão corporal, música e construção de instrumentos, grafite, culinária, jogos e brincadeiras, pintura, oficina de bonecos e outras atividades socioculturais, capazes de potencializar talentos e aptidões, desenvolvendo e fortalecendo autoestima e habilidades. - Promove ainda a circulação urbana, como idas ao cinema, espetáculos teatrais, apresentações musicais, museus, parques, ampliando as oportunidades de pertencimento à cidade. • Os encaminhamentos são feitos pelas ESF ou SM das UBS. Isso não quer dizer que usuários dos CERSAMIs não possam ser encaminhados para o Arte da Saúde, mas quando houver essa indicação no PTS, o caso deve ser discutido com a ESF para inserção no Programa.
Incubadora de Empreendimentos Econômicos e Solidários - IEES	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivo para fomento de iniciativas de inclusão social através do trabalho e geração de renda para usuários acompanhados pelos serviços da Rede de SM. • A Incubadora de Empreendimentos Econômicos e Solidários - IEES (GRSAM/SMSA) dá apoio financeiro, técnico e político à Suricato - Associação de Trabalho e Produção Solidária, ONG criada e gerenciada pelos usuários que agrega quatro grupos de produção, sendo: marcenaria, mosaico, culinária e costura e o Espaço Cultural Suricato. • A Incubadora apoia outras iniciativas e projetos de estímulo, inserção e capacitação em relação ao trabalho, em parceria com a rede de Saúde Mental, a partir das necessidades levantadas por seus profissionais: Projeto Juventude e Trabalho, Projeto de Geração de Trabalho e Renda no Campo AD, Projeto Maladeza, Projeto de apoio ao CIAM, Projeto Novos Redutores de Danos. • O Projeto de Geração de Trabalho e Renda no Campo AD e o Projeto Maladeza, apoiados pela Incubadora, serão executados com apoio dos arte-educadores e redutores de danos dos CERSAMs AD, CERSAMIs e do Consultório na Rua, e com utilização de recursos do Convênio Redutor de Danos, e tem como objetivo a oferta de formas alternativas de inserção no trabalho, via economia solidária, para os usuários desses serviços. • Os profissionais da Incubadora também apoiam de diversas formas e incentivam a inclusão dos usuários da rede de Saúde Mental no mercado de trabalho, como por exemplo a capacitação para construção de um currículo.
Serviço Residencial Terapêutico (SRT)	<ul style="list-style-type: none"> • Atualmente a Rede conta com 33 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), distribuídos entre as regionais Barreiro, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. • Os SRT são equipamentos de caráter residencial permanente destinados a ofertar e garantir um espaço de moradia para pessoas em sofrimento mental egressas de longa internação em hospitais psiquiátricos e de custódia, com vínculos familiares e sociais inexistentes ou potencialmente fragilizados que inviabilizam sua possibilidade de retorno ao seio familiar e/ou gestão autônoma de moradia. • Atualmente, existem 258 moradores nos SRT de Belo Horizonte, estando a maior parte desses moradores em acompanhamento nas Equipes de Saúde Mental das Unidades Básicas de Saúde e/ou referenciados nos CERSAMs.

SERVIÇOS COM FOCO EXCLUSIVO EM ATENÇÃO AD	
CERSAM AD (Centros de Referência em Saúde Mental para Usuários de Álcool e Outras Drogas)	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivo territorializado para atendimento de urgência e crise às pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas. • Composto por equipe multiprofissional, composta por redutor de danos, médicos clínicos, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, entre outros, oferecendo cuidado contínuo e integrado, com atendimentos singularizados, atividades coletivas, atividades de cultura e lazer. • O acolhimento aos usuários é das 7 às 19 horas, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. • Funcionam 24 horas, considerando o regime de Hospitalidade Noturna. • Os usuários podem permanecer no serviço pelo tempo necessário, sendo acompanhados em modalidade ambulatorial, Permanência-Dia, Hospitalidade Noturna e/ou outras atividades individuais e coletivas, que compõem as ofertas do CERSAM AD. <p>Distribuição na rede: Atualmente são 5 unidades de referência para toda a cidade. Centro Sul (antigo CMT, inaugurado em 1983; referência para regionais Centro Sul e Leste), Venda Nova (inaugurado em 2008 como CERSAM AD Pampulha; referência para regional Venda Nova), Barreiro (inaugurado em 2013, referência para regionais Barreiro e Oeste), Nordeste (inaugurado em 2013, referência para regionais Nordeste e Norte), Pampulha/Noroeste (inaugurado em setembro de 2019, referência para regionais Pampulha e Noroeste).</p>
Unidades de Acolhimento Transitório Adulto (UAT)	<ul style="list-style-type: none"> • Instituída pela Portaria GM/MS n. 121 de 25 de janeiro de 2012, como componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). • Localização e encaminhamento: Está na regional Barreiro, mas recebe pacientes encaminhados por todos os CERSAM AD da cidade. Isso é um “ajuste” na lógica territorial de funcionamento em BH, seguindo a Portaria do Ministério da Saúde, que prevê uma UAT por CERSAM AD. • Implementada em Belo Horizonte em 2015, como um espaço de moradia transitória que acolhe usuários dos CERSAMs AD, de ambos os sexos, em situação de vulnerabilidade e com necessidade do recurso da moradia transitória. Assim sendo, é um recurso do tratamento ofertado pelos CERSAM AD, de acordo com indicação do Projeto Terapêutico Singular. • Por ser de caráter transitório, o PTS deve contemplar uma perspectiva do tempo que este recurso está indicado ao usuário para que o objetivo traçado no PTS seja alcançado. Estes acordos devem ser avaliados e ajustados sempre que necessários entre CERSAM AD, UAT e usuário, tendo como referência o tempo máximo de permanência na casa de 6 meses. • Composição: Equipe é composta por 01 coordenador (a); 03 profissionais nível superior; 10 Agentes de Ação Social - 12x36. • 12 vagas. • A GRSAM tem a proposta de implementação de mais 4 UAT na cidade, para que cada uma esteja vinculada a apenas um CERSAM AD.

Fonte: Adaptado do manual de diretrizes no cuidado AD da SMSA/BH, 2022.

TABELA 1 – PROFISSIONAIS POR TEMPO DE EXPERIÊNCIA

SERVIÇO 1 (competência 05/2022)			
Profissionais	Categoria	Experiência (meses)	Experiência (anos)
ASA 1	TO	177	14,75
ASA 2	Psicólogo	177	14,75
ASA 3	Ass. Social	33	2,75
ASA 4	Enfermeiro	133	11,08
ASA 5	Médico	55	4,58
SERVIÇO 2 (competência 05/2022)			
Profissionais	Categoria	Experiência (meses)	Experiência (anos)
DELTA 1	TO	137	11,42
DELTA 2	Ass. Social	22	1,83
DELTA 3	Psicólogo	118	9,83
DELTA 4	Psiquiatra	118	9,83
SERVIÇO 3 (competência 05/2022)			
Profissionais	Categoria	Experiência (meses)	Experiência (anos)
VOA 1	Psicólogo	101	8,42
VOA 2	Ass. Social	177	14,75
VOA 3	T.O	150	12,5

Fonte: Informações obtidas através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/Profissionais (CNES)

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(conforme resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012)

Pesquisa: O cuidado às crises nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD): concepções dos trabalhadores

Convidamos-lhe para participar de uma pesquisa sobre “O cuidado às crises nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD): concepções dos trabalhadores”. Este estudo está vinculado ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, em colaboração com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. A pesquisa está sendo desenvolvida por Aline Guedes Lúcio, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFMG, sob coordenação da Profa. Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que lhe dará informações sobre o estudo, está sendo visualizado por meio do Google Forms, plataforma gratuita e segura, que garante sua privacidade. Os dados aqui obtidos estarão acessíveis apenas às pesquisadoras. Você poderá conversar sobre o TCLE ou esclarecer qualquer dúvida antes do início da atividade, acionando a pesquisadora Aline Guedes Lúcio através do e-mail: alinegueddes@yahoo.com.br e/ou telefone (31) 99941-3103. Este TCLE conta com a assinatura da pesquisadora e coordenadora da pesquisa. Você receberá, por e-mail, uma via deste termo para guardar.

SUA PARTICIPAÇÃO NÃO É OBRIGATÓRIA:

A participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Após você ter entendido o estudo, solicitamos que marque a opção que considerar mais adequada ao fim da página: se decidir participar do mesmo, clique em “concordo”, confirmando seu consentimento de participação; caso contrário, clique em “não concordo em participar”. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento enviando um e-mail às pesquisadoras. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com as pesquisadoras ou com o serviço onde trabalha.

OBJETIVOS DO ESTUDO:

Como objetivo geral, investigar a (s) concepção (ões) de cuidado às crises de pessoas que usam drogas adotadas pelos trabalhadores dos CAPS-AD do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Específicos: conhecer as práticas de cuidado às crises realizadas nos CAPS-AD e refletir se a perspectiva da redução de danos fornece contribuições à (s) concepção (ões) de cuidado às crises nos CAPS-AD, pautados no modelo de atenção psicossocial.

Entendemos que os princípios do cuidado às crises já estão estabelecidos pelos pressupostos da reforma psiquiátrica e do modelo de atenção psicossocial. Contudo, no campo de álcool e outras drogas são limitados os estudos que abordam o cuidado às crises, fazendo-se necessário conhecer, na perspectiva dos trabalhadores, como esta prática se constrói.

Caso concorde em participar da pesquisa, a discussão sobre o assunto acontecerá no formato de entrevista individual, orientada por um roteiro de perguntas semiestruturadas. Esta discussão acontecerá remotamente através do Google Meet, plataforma de videoconferência grátis e de fácil acesso, o que não demandará custos aos participantes.

PROCEDIMENTOS:

Este estudo foi aprovado previamente pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG).

Para realização da entrevista individual, será enviado ao participante um link exclusivo de acesso à videoconferência, via e-mail ou WhatsApp, 30 minutos antes do início da entrevista. Ao clicar no link, o participante solicitará automaticamente à pesquisadora a permissão para participar da videoconferência. Após o aceite, estará na sala virtual de videoconferência. Em cada entrevista on-line terão acesso à sala virtual apenas a pesquisadora e um participante por vez, garantindo privacidade e sigilo em sua participação.

Durante a entrevista, serão abordadas questões relativas ao cuidado às crises na atenção psicossocial para pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas. Esta entrevista tem tempo estimado de duas horas, incluindo tempo para preparação dos equipamentos necessários à realização da videoconferência. Você poderá se recusar a falar sobre qualquer aspecto do assunto abordado.

SEGURANÇA E CONFIDENCIALIDADE:

Os horários para a coleta de dados on-line serão agendados de acordo com a disponibilidade de cada participante, tomando por base a necessidade de assegurar privacidade ao participante no momento da entrevista. Você tem a garantia de que os resultados desta pesquisa e suas respostas serão confidenciais. Nenhuma identificação pessoal estará vinculada às suas respostas. Todos os dados da pesquisa serão identificados apenas por códigos, somente você e as pesquisadoras saberão estes códigos. Os arquivos de áudio ou vídeo contendo as gravações das entrevistas serão armazenados em dispositivos acessíveis apenas às pesquisadoras, por no máximo 5 anos. Nenhuma informação sobre os seus dados será utilizada sem sua permissão. Os dados coletados serão utilizados somente para o estudo.

POSSÍVEIS RISCOS:

Os únicos riscos potenciais de participar desta pesquisa são: desconforto com algumas perguntas relacionadas ao processo de trabalho, apesar do esclarecimento feito sobre a preservação do sigilo dos envolvidos na pesquisa; fadiga, embora seja combinado previamente com o participante sobre a possibilidade de interromper ou mesmo suspender sua participação a qualquer momento; constrangimento em não querer participar da pesquisa, apesar de esclarecido que a não participação não resultará em qualquer tipo de retaliação ou perda.

POSSÍVEIS BENEFÍCIOS:

Os resultados da pesquisa, além de buscarem suprir em parte uma defasagem científica, poderão contribuir com processos reflexivos acerca do trabalho desenvolvido na atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas no SUS, qualificando os modos de cuidado às pessoas que se drogam e subsidiando processos formativos na área.

CUSTOS:

A realização da pesquisa resultará em despesas mínimas, como impressão de documentos e deslocamentos eventuais, que correrão exclusivamente sob a responsabilidade das pesquisadoras. Os participantes não terão que assumir despesas em nenhuma das fases da

pesquisa e também não serão remunerados por sua participação. Fica garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

OUTRAS INFORMAÇÕES:

Você pode entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (31) 99941-3103 e/ou e-mail alinegueddes@yahoo.com.br, ou com a Prof. Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido, coordenadora da pesquisa, na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH), na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) pelo telefone (31) 3409-6281 e/ou e-mail claudiapenido@ufmg.br, para tirar dúvidas sobre sua participação ou para comunicar qualquer problema com relação a este projeto.

O endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG) é Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Belo Horizonte/MG, CEP: 31.270-901. Unidade Administrativa II – 2º andar/sala: 2005. Telefone: (031) 3409-4592 e e-mail: coep@prpq.ufmg.br. Dados de contato do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Rua Frederico Bracher Júnior, 103, 3º andar/sala: 302, Padre Eustáquio, Belo Horizonte/MG, CEP: 30.720- 000. Telefone: 3277-5309.

Os comitês de ética só deverão ser procurados em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos da pesquisa, as demais dúvidas devem ser direcionadas à pesquisadora pelo e-mail alinegueddes@yahoo.com.br e/ou telefone (31) 99941-3103, ou à Profa. Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido, coordenadora da pesquisa, pelo e-mail claudiapenido@ufmg.br e/ou telefone (31) 3409-6281.

CONSENTIMENTO:

Eu li este consentimento e me foram dadas as oportunidades para esclarecer minhas dúvidas. Minha participação é inteiramente voluntária. No caso de não querer participar, não terei nenhum prejuízo no serviço ou com relação ao pesquisador.

() Concordo em participar () Não concordo em participar

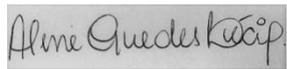
Nome do participante:

Data:

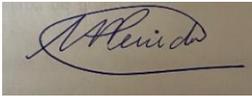
ASSINATURA:

Este Centro Participante da Pesquisa compromete-se a conduzir todas as atividades desta pesquisa de acordo com os termos do presente consentimento e conforme assinatura digital abaixo:

Nome da pesquisadora: Aline Guedes Lúcio

A digital image of a handwritten signature in black ink on a light grey background. The signature reads "Aline Guedes Lúcio" in a cursive script.

Nome da coordenadora da pesquisa: Cláudia Maria Filgueiras Penido

A digital image of a handwritten signature in black ink on a light brown background. The signature reads "Cláudia Maria Filgueiras Penido" in a cursive script.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Prezado (a) Colaborador (a):

Sua aceitação em responder a algumas perguntas desta entrevista irá embasar minha dissertação de mestrado referente ao estudo sobre “O cuidado às crises nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD): concepções dos trabalhadores”.

Contato inicial:

- Agradecer pela disponibilidade em participar da pesquisa;
- Apresentar, de forma breve, os objetivos da pesquisa;
- Certificar sobre a leitura do TCLE e resposta de participação via Google Forms;
- Esclarecer informações e/ou dúvidas referentes ao TCLE;
- Iniciar gravação.

Identificação do profissional:

Nome:

Data da entrevista:

Serviço:

Categoria profissional:

Tempo de experiência na área da saúde:

Questões para entrevista:

1. Que questões você considera importantes para definir se um usuário deve ou não ser acompanhado no CAPS-AD? Poderia relatar um exemplo?
2. O que você considera crise no campo de álcool e outras drogas? Descreva uma situação de crise que você atendeu no CAPS-AD e considera emblemática.
3. Quais as práticas ou modalidades de atendimento o CAPS-AD realiza no cuidado às crises?

4. Quais recursos o CAPS-AD dispõe no cuidado às crises e quais dificuldades você experimenta neste processo?
5. Qual (is) modelos de atenção e/ou referências (literatura, documentos técnicos/normativos, pesquisas, etc) norteiam sua concepção de cuidado às crises no CAPS-AD?

Considerações finais:

- Perguntar ao entrevistado (a) se há alguma informação adicional em relação aos assuntos abordados durante a entrevista;
- Perguntar se o (a) entrevistado (a) ficou com alguma dúvida;
- Agradecer a disponibilidade do (a) entrevistado (a) em fornecer as informações;
- Salientar que os resultados da pesquisa estarão à disposição dele (a), podendo entrar em contato com a pesquisadora caso seja do seu interesse.