

Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória-ES¹

Challenges of network of psychosocial attention: problematization of an experiment about the implantation of new devices of alcohol and other drugs in mental health network of the city of Vitória-ES

Desafíos de la red de atención psicossocial: problematización de una experiencia sobre la implantación de nuevos dispositivos de alcohol y otras drogas en la red de salud mental de la ciudad de Vitória-ES

Anselmo Clemente

Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

Maria Cristina Campello Lavrador

Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

Andrea Campos Romanholi

Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

Resumo

O presente artigo apresenta a experiência de implantação de novos dispositivos ligados a Rede de Atenção Psicossocial, voltados principalmente ao usuário de drogas na cidade de Vitória-ES. A partir do paradigma de Reforma Psiquiátrica Brasileira, reconhece-se que nos anos mais recentes, os agravos de saúde referentes ao uso abusivo de álcool e outras drogas passaram a ganhar destaque. O Ministério da Saúde passou a financiar através do SUS, projetos tais como de Consultórios Móveis de Rua, Casas de Acolhimento Transitório, o que propiciou o surgimento de experiências de diversificação de dispositivos assistenciais para além dos CAPS AD. Tais mudanças resultam de uma disputa pelo modelo de atenção em saúde mental no país em que está em jogo afirmar práticas a favor da vida, em que o outro, moribundo ou não, seja acolhido em suas dores visíveis e invisíveis.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; RAPS; Políticas de Saúde Mental; Atenção em Álcool e outras Drogas.

Abstract

This article presents the experience of deploying new devices connected to Network of

Psychosocial Attention, geared primarily to drug users in the city of Vitória-ES. From the paradigm of Brazilian Psychiatric Reform, it is recognized that in last years, the health hazards related to the abuse of alcohol and other drugs were gaining prominence. The Ministry of Health began funding through Unified health System - SUS, projects such as Consultórios Móveis de Rua, Casas de Acolhimento Transitório, which has given rise to a diversity of experiences of caring beyond the CAPS AD. These changes result from a dispute over the care model for mental health in the country where the question at stake is affirm practices in defense of life, in that the other, moribund or not, to be welcomed into their visible and invisible pains.

Keywords: Psychiatric Reform; RAPS; Mental Health Policies; Attention on Alcohol and other Drugs.

Resumen

En este artículo se presenta la experiencia de la implementación de nuevos dispositivos conectados a la Red de Atención Psicosocial, orientados principalmente a usuarios de drogas en la ciudad de Vitória-ES. Desde el paradigma de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, se reconoce que en los últimos años, los riesgos de salud relacionados con el abuso de alcohol y otras drogas fueron ganando protagonismo. El Ministerio de Salud comenzó a financiar a través del SUS, proyectos como los Consultórios de Rua y Casas de Acolhimento Transitório, lo que ha dado lugar a una diversidad de experiencias de cuidado más allá de la de los CAPS AD. Estos cambios resultan en una disputa acerca del modelo de atención a la salud mental en el país en el que se juega la afirmación de prácticas en favor de la vida en las cuales uno, moribundo o no, sea acogido en su dolor visible e invisible.

Palabras clave: Reforma Psiquiátrica; RAPS; Políticas de Salud Mental; Atención sobre el Alcohol y otras Drogas.

Introdução

O presente artigo tem como objetivo apresentar a experiência acerca da implantação de novos dispositivos ligados a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), relativas ao campo da saúde mental, álcool

e outras drogas, voltadas principalmente ao usuário de drogas na cidade de Vitória-ES. Para tanto se pretende atualizar as reconfigurações da rede local de saúde mental e apontar os desafios em se ampliar essa rede substitutiva de cuidados.

Historicamente, a trajetória da

Reforma Psiquiátrica Brasileira deu-se muito em função da desconstrução dos manicômios como lugar privilegiado de tratamento da loucura e paulatina reversão desse lugar a partir da produção de uma rede substitutiva à internação psiquiátrica. A Lei 10.216/2001 (Brasil, 2001), juntamente com a Portaria 336/2002 (Brasil, 2002), propõem inclusive que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sejam os ordenadores dessa rede na construção do cuidado, aqui colocada em oposição ao tratamento dispensado no interior das instituições asilares. O modo de atenção psicossocial é a forma de cuidado preconizado por esses novos serviços e busca evidenciar o sujeito e desconstruir o lugar da doença/loucura cunhado secularmente a partir da intervenção do saber psiquiátrico, dentre outros. Para tanto, o cuidado deve ser ofertado através de estratégias de Acolhimento (Brasil, 2010a) e de Clínica Ampliada (Brasil, 2009) gerando Projetos Terapêuticos Singulares (Brasil, 2010a) compartilhados com a rede intersetorial e construindo políticas transversais aos vários setores.

Sendo assim, as ações em saúde mental devem acontecer em rede na lógica da integralidade em todos os níveis de atenção à saúde, articulando-se com outras políticas sociais, valorizando os setores da cultura, educação, trabalho, assistência

social etc. Na última década, com o avanço das Políticas de Saúde Mental, ampliou-se a oferta de serviços substitutivos, com a criação/institucionalização de Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD), Centros de Atenção Psicossocial 24 horas (CAPS III), Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e etc.

Contudo, nota-se que nos anos mais recentes, os agravos de saúde referentes ao uso abusivo e nocivo de álcool e outras drogas passaram a ganhar destaque nas políticas públicas, no que se refere ao reconhecimento da questão do uso de drogas como sendo responsabilidade do campo da saúde, em um suposto detrimento de setores da justiça e da segurança. Dizemos suposto detrimento porque a justiça e a segurança estão sempre presentes para garantir uma suposta ordem, um suposto bem comum que não é comum a todos.

Notamos que mesmo após algumas conquistas, como a aprovação da Lei 10.216, a prática de cuidados aos usuários de drogas não ocupava o discurso de seu texto. Logo após, em 2002, a Portaria 336, ao caracterizar as diferentes modalidades de Centros de Atenção Psicossocial, inclui os CAPS AD como um dos serviços

centrais na organização da nova rede substitutiva de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. Contudo, somente em 2003, através da “Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, é que o Ministério da Saúde assume de forma mais veemente a “*necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS*”, reafirmando “*que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública*” (Brasil, 2003). Esta política se alinha, assim, com o projeto de Reforma Psiquiátrica no que se refere ao reconhecimento da necessidade da reversão de modelos assistências e o direito à saúde:

A ausência de cuidados que atinge, de forma histórica e contínua, aqueles que sofrem de exclusão desigual pelos serviços de saúde, aponta para a necessidade da reversão de modelos assistenciais que não contemplem as reais necessidades de uma população, o que implica em disposição para atender igualmente ao direito de cada cidadão. Tal lógica também deve ser contemplada pelo planejamento de ações voltadas para a atenção integral às *pessoas que consomem álcool e outras drogas* (Brasil, 2003, p.5).

E aproxima ainda mais, a estratégia de Redução de Danos ao campo da Saúde Mental, pois “*reconhece cada usuário em*

suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida” (Brasil, 2003, p.10).

Em documento recente elaborado pelo Ministério da Saúde sobre os Consultórios Móveis de Rua, fica clara a importância do avanço nesta área:

O cenário epidemiológico atual do consumo prejudicial de substâncias psicoativas, especialmente álcool, cocaína (na forma de cloridrato ou pó, crack, merla e pasta base) e inalantes, e as graves consequências sanitárias e sociais para os usuários e a comunidade, têm convocado diferentes setores do governo e da sociedade civil para a criação de estratégias e intervenções com vistas à prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução de danos sociais e à saúde (Ministério da Saúde, 2010b, p.4).

Nesse cenário apontado, algumas iniciativas do Governo Federal merecem destaque: o lançamento, em 2009, do 'Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde-SUS' (PEAD), instituído pela Portaria nº 1190, de 04 de junho de 2009; e o 'Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas' (PIEC), instituído pelo Decreto Presidencial nº 7179 de 20 de maio de 2010c.

Baseado no PEAD e no PIEC, o Ministério da Saúde passou a financiar através do SUS, Projetos de Consultórios na Rua, Casas de Acolhimento Transitório (CAT), Escolas de Redutores de Danos o que propiciou o surgimento de experiências de diversificação e expansão de dispositivos assistenciais para os usuários de álcool e drogas, para além da instalação dos CAPS AD. Esses dispositivos, de certa forma já estavam sendo implantados pelo país de maneira desigual, seja por resultados de projetos piloto localizados (a exemplo do Consultório de Rua de Salvador/BA), seja pelo esforço de outras políticas que também incidem sobre esse campo problemático de atenção aos usuários de drogas. Nota-se aqui, que o PEAD e o PIEC, também financiavam leitos em Comunidades Terapêuticas, na contramão dos movimentos sociais e de toda uma história da luta antimanicomial no Brasil.

Em comemoração ao dia 7 de setembro de 2011, a primeira presidente do Brasil, em seu pronunciamento oficial, destacou nosso país como privilegiado frente às mudanças políticas, sociais e a crise econômica vivida em grande parte do mundo desenvolvido. A presidente sugere que para que continuemos em crescimento econômico e de mercado, avancemos também na melhoria da qualidade e do acesso dos serviços públicos,

principalmente nas áreas de educação, saúde e segurança. Ao destacar o setor saúde, apesar de considerar os avanços que o SUS trouxe para o país, pondera que ainda teríamos sérios problemas a resolver. Um ponto vital desses problemas uniria a questão da saúde com a segurança: o combate às drogas e, em especial, ao crack. Anuncia o lançamento de uma grande rede em 'saúde mental, crack, álcool e outras drogas', composta por unidades de acolhimento, utilização de leitos em comunidades terapêuticas, enfermarias especializadas e consultórios de rua. Essa rede garantiria alternativas de atenção e cuidado. Nota-se neste discurso a ausência dos CAPS como dispositivos constitutivos dessa rede, e apresentam-se as Comunidades Terapêuticas como mais um elemento da atenção.

Atentos a esse movimento, em carta aberta enviada à presidência em julho também de 2011, as diversas entidades do movimento da Luta Antimanicomial, no intuito de reiterarem seu compromisso com a Reforma Psiquiátrica, posicionaram-se em relação a recente Política de Álcool e Drogas do Governo Federal e destacaram que os usuários de drogas são "os novos sujeitos do perigo social, ameaçados, como os loucos o foram antes, pelas propostas de segregação e exclusão" (Carta das Entidades de Defesa da Reforma Psiquiátrica, 2011). O mesmo documento

ainda adverte, ao posicionar-se sobre modos antagônicos de cuidado presentes nesse campo, que a "Reforma Psiquiátrica não tem como sustentar ética, mas também financeiramente, dois modelos. Serviços que convidam ao exercício da liberdade não convivem com outros que negam este mesmo direito, os primeiros trabalham para substituir os segundos, esta é a proposta e a lógica" (Carta das entidades de Defesa da Reforma Psiquiátrica, 2011).

Ainda em 2011, com o avanço na incorporação de projetos voltados para o cuidado de usuários de álcool e drogas à Política Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde institui a Portaria Nº 3.088, que estabelece 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". Nota-se que a proposição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) alinha-se a Lei 10.216 ao atualizar a proposta de uma rede substitutiva de cuidados em saúde mental. Contudo, destaca-se também sua ampliação basicamente com pontos de atenção mais ligados à temática de álcool e drogas em relação às temáticas da "loucura".

O cuidado em saúde mental preconizado por uma Rede Atenção Psicossocial voltada para pessoas com sofrimento mental e com necessidades

decorrentes de álcool e drogas, que incluem os novos dispositivos citados até aqui, caracteriza-se num primeiro momento por uma tentativa de que estes dispositivos se instalem de acordo com a legislação vigente em saúde mental nos pais. A caracterização desses dispositivos passará também pela capacidade das redes locais de saúde expandirem efetivamente sua capacidade de cuidado nesse sentido e de produzirem Projetos Terapêuticos Singulares potentes, juntamente com seus usuários, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Tecendo Redes de Atenção Psicossocial no Cuidado em Saúde Mental, Álcool e Drogas

As Políticas Públicas sobre Álcool e outras Drogas configuram como cenário vivo aquilo que hoje está instituído e colocado como certo grau de conquista, e que, há poucas décadas era fonte instituinte de mudanças no cuidado às pessoas com sofrimento psíquico. Este cenário movimenta-se e dialoga com os atores que estão em cena e, ao narrá-lo, de alguma forma também atualizamos os debates passados, lembrando que o modo de atenção psicossocial acontece na vida cotidiana dos serviços de saúde mental, no trabalho vivo diário de seus profissionais, usuários e familiares que produzem saúde.

Fundamentalmente nesse momento é importante relatar como essa legislação vigente em saúde mental vem tecendo redes no município de Vitória, não só a partir de suas estruturas hierarquizadas e estratificadas, mas também em seu modo de relação, tensionamentos, contradições, e dramas cotidianos. Abaixo descreveremos o que foi instituído até então e quais processos instituintes estão em curso.

Importa também narrar essa rede do ponto de vista de sua configuração de serviços: o atual Programa de Saúde Mental apresenta-se por seus equipamentos configurados e articulados, sua composição até o fim de 2011 era de um CAPS II (CAPS Ilha de Santa Maria); um CAPS AD (conhecido como Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos - CPTT); e um CAPS i voltado para as questões de saúde mental na infância e adolescência. No município de Vitória, os três CAPS são responsáveis pelo apoio matricial às 28 unidades de saúde, ação realizada de modo compartilhado com a área técnica de saúde mental.

É diretriz da saúde mental no município que as unidades acolham todas as pessoas que necessitam de atenção em saúde mental de seu território, exercendo o cuidado quando possível e compartilhando-o com os CAPS nos casos mais complexos. Praticamente todas as Unidades são compostas por equipes

mínimas de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde) e equipe ampliada (psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, técnicos esportivos, pediatras, fonoaudiólogos). Essas Equipes de Referência (Brasil, 2004) compostas dessa forma procuram efetuar cuidados em saúde inclusive para as questões de saúde mental. Mais que uma formatação burocrática, a intenção dessa lógica é que as equipes das unidades conheçam e se tornem referência para usuários e familiares. Além disso, ter as unidades de saúde como referência no cuidado aos usuários da saúde mental, álcool e outras drogas, possibilita a circulação destes usuários pelos serviços da rede de saúde em geral e pelo território, e não só pelos serviços de saúde mental, o que contribui não só com sua autonomia e inserção, como também com a produção de mudanças na cultura.

Como um dos avanços da rede, desde dezembro de 2011, dois dos três CAPS descritos acima - a saber, o CAPS da Ilha de Santa Maria e o CAPS AD/CPTT - passaram a funcionar na modalidade de CAPS III, ou seja, com funcionamento 24 horas e ampliação na atenção a partir do dispositivo de acolhida noturna. O CAPS AD III/CPTT conta com 08 leitos disponíveis para acolhida do usuário que apresente indicação de

acolhida noturna em seu projeto terapêutico singular e o antigo CAPS Ilha de Santa Maria, agora CAPS III, conta com 05 leitos para esse fim. Tratando-se dos primeiros CAPS III do estado, os técnicos desses dois serviços estão agitados, esperançosos e preocupados. Fonte dessa preocupação: a equipe sabe que "banciar" uma acolhida noturna requer que se esteja muito bem articulado com os fluxos de atenção à urgência e emergência - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), retaguarda em prontos-socorros e leitos em hospitais gerais, sendo que esta retaguarda é um dos grandes nós históricos locais, uma vez que esse nível de atenção não se encontra organizado no município, ainda apenas sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde. Tal situação põe em "cheque" a proposta da atenção integral que deve ser oferecida e facilitada com os CAPS III, produzindo tensionamentos na rede de cuidados. As tramas se acirram e as equipes tendem a se tornar pouco permeáveis aos fluxos e movimentos de cada situação singular.

A rede de saúde mental de Vitória enfrenta este momento, lidando com a oferta de cuidado intensivo nos CAPS III que recebem toda uma pressão ao acolher e cuidar de usuários em crise sem ter o respaldo de serviços de urgência que se fazem necessários em momentos em que

quadros críticos se apresentam.

Para alcançar o ponto de parceria que hoje temos entre as unidades de saúde e os CAPS, o processo de apoio matricial em Saúde Mental à Atenção Básica se mostrou essencial. Este matriciamento teve início em meados de 2006, a partir da própria discussão realizada com os profissionais da rede sobre a importância do cuidado e da atenção continuada em saúde mental em todos os dispositivos do município.

Inicialmente foram implantadas equipes regionais de saúde mental que assumiram a função de matriciamento das Unidades Básicas. Cabe destacar, que, além de não termos conseguido implantar as equipes em todas as regiões, também não foi possível realizar a composição planejada das equipes, pois não tínhamos os profissionais previstos. De todo modo, tais dificuldades não impediram que o processo tivesse início, tendo havido um constante trabalho de análise do mesmo e de adequações à medida que o caminhar nos mostrava a necessidade de mudanças. Assim, nas regiões em que não foram implantadas as equipes regionais, as equipes passaram a contar com o apoio matricial a partir dos CAPS que nesse momento começaram a atuar diretamente junto aos territórios em todo o município.

Em todas as regiões e serviços a equipe da área técnica de saúde mental

também estava envolvida, apoiando as ações e equipes. Foram organizadas reuniões regionais mensais, coordenadas pela área técnica e com participação aberta a qualquer profissional que atuasse em saúde mental, ficando ao encargo de cada um se identificar e aderir ao convite para participar das reuniões. Também existiam as reuniões gerais de saúde mental que reuniam profissionais e gestores de todos os serviços, a partir de sua adesão. Estas reuniões se constituíram em espaços coletivos para discussão, acompanhamento e supervisão de casos, e construção conjunta de projetos terapêuticos, estratégias de cuidado e de atuação no território. Diversas ações foram pactuadas nesses espaços e podemos destacar as intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades, visitas domiciliares e atendimentos compartilhados em casos de maior complexidade, além de orientação e supervisão da medicação de manutenção pelos médicos de família. As reuniões também se constituíram como importante espaço de educação permanente e discussão de conhecimentos técnicos em assuntos específicos, visando à incorporação destes para lidar com casos de saúde mental. Por fim, tais reuniões também configuravam espaços de encontros entre os profissionais, permitindo o contato direto e pessoal, o relato das angústias e alegrias vividos no

trabalho e o compartilhamento de algumas experiências e situações inusitadas, inovadoras e exitosas, o que realimentava a todos frente às dificuldades e tensões próprias da atenção em saúde mental.

Houve grande envolvimento da maioria das equipes das unidades de saúde, porém devemos reconhecer que o processo teve desenvolvimento desigual nas diferentes regiões e serviços, havendo algumas unidades bastante avançadas e outras em que o processo ainda é incipiente. Contudo, atualmente, estima-se que cada unidade de saúde faça o acompanhamento de 350 a 400 pessoas. Além disso, um importante indicador observado foi à redução das internações psiquiátricas de moradores de Vitória ocorrida a partir do início do trabalho mais efetivo junto ao território e à atenção básica.

Em 2010, após avaliação dos resultados, processos, das possibilidades e dificuldades de sustentação deste funcionamento, principalmente contingências relacionadas à dificuldade de manutenção das equipes, estas equipes matriciais foram incorporadas aos CAPS, ficando destinado apenas a esses serviços o papel de matriciador da rede básica de saúde, com o apoio da Área Técnica de Saúde Mental. Esta mudança gerou resistências e frustrações, mas também levou a avanços na ampliação da

integração dos CAPS com os demais serviços da rede, possibilitando sua efetiva inserção territorial.

Expansão da Rede de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas em Vitória

Na cidade de Vitória/ES, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) aprovou desde 2010, através de chamadas de financiamento baseados no PEAD/PIEC, projetos como Consultório Móvel de Rua, Escolas de Redução de Danos, Casas de Acolhimento Transitório e contratação de leitos em comunidades terapêuticas pelo SUS. Apesar dos projetos ainda guardarem o ideário da reforma psiquiátrica e posicionarem o CAPS AD, a partir do paradigma da Redução de Danos, como o ordenador desse cuidado, o tratamento desse usuário na rede ainda é frágil e tem apresentado novos desafios para a Política de Saúde Mental. Assim, vemos emergir com cada vez mais nitidez um novo sujeito/usuário desses serviços, distante das experiências de loucura vividas nos hospícios.

Em relação à Política de Álcool e outras Drogas, o município vem trabalhando dentro da lógica de redução de danos e articulando parcerias intersetoriais diversas com outras secretarias do município, além de outros órgãos públicos,

filantrópicos, ONGs e etc. O CAPS AD/CPTT coordena e participa do Fórum Permanente Metropolitano de Atenção ao Uso de Drogas, fórum que se reúne mensalmente com representações diversas dos municípios da região metropolitana de Vitória, especialmente diretores de CAPS AD e coordenações municipais e estaduais de saúde mental e álcool e drogas.

Outro espaço importante na cidade é a ‘Rodada para implementação e fortalecimento da Rede de Atenção a Crianças e Adolescentes usuários de Drogas de Vitória. A “Rodada”, como seus participantes se referem, é um espaço caracterizado como um fórum permanente de discussão e articulação intersetorial específico para as questões de qualificação e ampliação da rede de atenção a crianças e adolescentes usuárias de álcool e outras drogas no município. Participam representantes e técnicos das secretarias de educação, Saúde, Cidadania e Direitos Humanos, Assistente Social, Cultura, Conselho Tutelar, Vara da Infância e Ministério Público.

Desde 2009 tem-se uma parceria e uma articulação junto ao Governo Estadual, quando foram abertos oito leitos em hospital geral para internação de crianças e adolescentes em situações graves ligadas ao uso de álcool e outras drogas. Em 2012, a “Rodada” propiciou uma nova conquista, a saber a abertura de

mais 8 leitos, ampliando a capacidade de acolhimento, tratamento e de vida para estas crianças e adolescentes. Estes são os únicos recursos de atenção hospitalar voltados para esta faixa etária no Estado, destinando-se à desintoxicação de crianças e adolescentes.

O CAPS AD III do município tem trabalhado com a atenção em todas as faixas etárias, sendo o trabalho com adultos atualmente 24 horas, dependendo do Projeto Terapêutico Singular do usuário, e com crianças e adolescentes de 16 às 20 horas. Tal situação se estabeleceu em função de articulações com a Secretaria de Assistência Social, nas quais ficou clara a necessidade de criação de ações para infância e adolescência, principalmente daqueles que viviam/vivem em situação de rua. A partir deste trabalho, a equipe de atenção às crianças e adolescentes também iniciou atuação volante nos territórios da cidade em que o uso de drogas na rua se fazia mais intenso, iniciando, desde 2009, mesmo sem financiamento do Ministério da Saúde, uma atuação numa lógica de “Consultório de Rua”. Até o final de 2012 deve-se ampliar a atenção às crianças e adolescentes usuárias de álcool e drogas ou com outras questões geradores de vulnerabilidade com a inauguração do CAPS AD no bairro São Pedro, voltado para essa faixa etária.

O município já tem desenvolvido,

desde 2006, ações de redução de danos através de convênio com a Associação Capixaba de Redução de Danos (ACARD), a partir do qual são desenvolvidas ações de campo junto a usuários. Os recursos deste convênio são oriundos do Programa de Atenção às DST/AIDS, todavia as ações são desenvolvidas numa parceria que agrega a Área Técnica de Saúde Mental, o CAPS AD/CPTT, a área de DST/AIDS e a ACARD.

Hoje, uma das questões mais relevantes a serem trabalhadas para fortalecimento da rede oferecida é a construção de uma atenção efetiva por parte da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) no que se refere à urgência (SAMU e PS) e aos leitos de retaguarda, pois este fato torna vulnerável a rede de saúde mental no acompanhamento e na garantia do cuidado nos momentos agudos. No cotidiano dos serviços de saúde, as equipes locais muitas vezes acompanham situações de crise de difícil manejo, e se sentem de “mãos atadas” quando precisam construir uma breve internação hospitalar aos casos.

Consultório Móvel na Rua

O mapeamento realizado no período de setembro/2009 a fevereiro/2010 pela equipe do CAPS AD/CPTT aponta a existência, em diferentes regiões da cidade,

de pelo menos cinco locais de concentração de usuários de drogas, com presença total de cerca de 140 pessoas de faixas etárias variadas, existindo muitos adolescentes e jovens. Nesta atuação incipiente nas ruas foram encontradas situações como adolescentes usuárias de drogas grávidas, cerca de seis pessoas com tuberculose (algumas tendo iniciado tratamento e outras já tendo iniciado e abandonado), dois casos de usuários com sífilis, entre outras.

A equipe vem utilizando um carro da cooperativa conveniada com a Prefeitura, não contando com veículo próprio, o que dificulta as ações, pois não é possível adequar o mesmo para guarda de material ou mesmo fazer a identificação do veículo. A equipe considera esta identificação necessária para facilitar o contato nas áreas de uso de drogas, pois evitaria a sobreposição com outras ações que nem sempre são bem-vindas pelos usuários.

As equipes de abordagem de rua da Secretaria de Assistência Social relatam haver cerca de 500 pessoas vivendo em situação de rua ou já morando na rua, sendo cerca de um terço de crianças e adolescentes. Além disso, descrevem uma mudança do perfil na população de rua, com maior presença de pessoas de classe social não tão baixa e aumento da presença de crianças e adolescentes na rua.

Ao realizar um breve resgate histórico do processo de implantação do Consultório de Rua na rede de saúde de Vitória, observa-se que este vem acontecendo de forma gradativa, sendo que desde 2009, o CAPS AD/CPTT iniciou um trabalho de mapeamento semanal dos locais de concentração de uso de drogas na cidade e de abordagem e acolhimento dos usuários nestas regiões. A partir de 2010, dentro do PEAD, nossa rede local de saúde foi contemplada com recursos para financiamento do Consultório de Rua, o que permitiu que o projeto fosse ampliado com a contratação de três agentes de redução de danos. Atualmente, ainda contamos com parte destes recursos em execução e verificamos que o projeto vem conseguindo atingir seus objetivos. Porém, também vem se deparando com grandes desafios como a construção de um fluxo de atenção, o acolhimento diferenciado nas diferentes unidades de saúde e o manejo intersetorial dos casos.

O projeto teria potencial para oferecer atendimento à população de rua por oito horas diárias, preferencialmente nos períodos vespertino e noturno. Porém, devido a atual restrição de recursos humanos, o funcionamento neste momento se restringe a um só turno, no horário vespertino, que não seria o mais adequado para centrar as ações na rua uma vez que o movimento nas ruas é predominantemente

noturno. Por outro lado, é no horário da tarde que a equipe pode realizar as articulações com a rede local de saúde e com os demais parceiros intersetoriais, atividade fundamental para garantir a integralidade da atenção. Isso impede a transferência do projeto para o período noturno. Em resumo, se o projeto atuar por quatro horas diárias a noite, não realizara durante o dia as articulações com a rede. Se permanecer atuando durante a tarde, não atende o principal público que realiza uso de drogas pelas ruas da cidade. Essa contradição no projeto, vinha produzindo mal-estar tanto entre os membros da equipe que se veem com baixa resolutividade nas ações tanto com a população alvo do projeto que estão se organizando através do Movimento Nacional de População de Rua e cobrando da administração pública da cidade ações mais efetivas por parte de diversas políticas sociais para esse segmento, inclusive da saúde.

Em janeiro de 2012, o Ministério da Saúde publica a Portaria 122, que define as diretrizes de organização, financiamento e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua (eCR). Como principal novidade está a garantia de financiamento permanente desses dispositivos e a localização das eCR na Atenção Básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidas na Política Nacional de

Atenção Básica. Sendo assim, o atual projeto de Consultório de Rua de Vitória passara cada vez mais a estar vinculado, em termos de logística, às Unidades Básicas de Saúde em detrimento do CAPS AD, mesmo que do ponto de vista do cuidado essas duas dimensões de atenção permaneçam extremamente interligadas. Essa mudança de nível de atenção também possibilitará uma ampliação da integralidade do cuidado dessa população em relação aos seus principais agravos de saúde. No manejo clínico do projeto, a fim de realizar essa transição, já estão incluídas como apoio a equipe, as Áreas Técnicas de Saúde Mental, DST/AIDS, Saúde do Adulto, Atenção Básica e representação da Secretaria Municipal de Assistência Social.

Com estas mudanças, atualmente o projeto de equipe de Consultório na Rua de Vitória vem acontecendo em uma das Unidades de Saúde da Família e recebe novos profissionais de acordo com a portaria vigente, o que significa que passará a ser composta por um psicólogo, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e um Técnico de Saúde Bucal, todos profissionais com carga horária de 40 horas semanais, e selecionados de acordo com a demanda dessa população. Retomam-se assim os desafios desse dispositivo, tais como integrar-se a todas as unidades de saúde da cidade que tem grande população de rua em seu território,

garantir o princípio da integralidade em suas ações, manter forte intersectorialidade junto à rede sócio-assistencial e ocupar lugar estratégico na relação com os CAPS AD da cidade e Casa de Acolhimento Transitório Infante Juvenil.

Casa de Acolhimento Transitório Infante-Juvenil (CATij)

Outro dispositivo que já está sendo implantado na rede local de Saúde Mental é a Casa de Acolhimento Transitório infante juvenil (CATij), também financiada ainda pelo PEAD.

A proposta das Casas de Acolhimento Transitório implica a implantação de dispositivos que permitam abrigo temporário, acolhimento e proteção social, em espaços da saúde, no contexto de um Projeto Terapêutico Individualizado desenvolvido em Centros de Atenção Psicossocial, em articulação com a atenção básica e com dispositivos intersectoriais (saúde, assistência social, direitos humanos, justiça, educação, e outros) (Brasil, 2010d, p.1).

A CATij está em funcionamento desde agosto de 2012 e oferta 10 vagas de acolhimento para crianças e adolescentes. Os usuários que estão no espaço são muito conhecidos da rede local, já manejados de modo intersectorial pelo CAPS AD III/CPTT da cidade, CREAS, Hospital dos

Ferrovários (Referência de Leito Hospitalar) e também pelo próprio Consultório na Rua. No momento, com a expectativa de abertura do segundo CAPS AD, que será exclusivo para as crianças e adolescentes, a CATij será uma extensão desse novo serviço, permitindo a oferta efetiva do cuidado integral e a construção de Projetos Terapêuticos Singulares que busquem a construção conjunta de projetos de vida e de novos modos de inserção social. A equipe do CAPS São Pedro encontra-se em fase final de contratação e os profissionais já estão se familiarizando com os usuários e a rotina da CATij.

Atualmente, a CATij vem estruturando seu projeto terapêutico e acompanhando os PTS “dos meninos” como a equipe se refere. Temos trabalhado através de supervisão clínica institucional a importância dessa nova rede de serviços (CAPS São Pedro, Consultório na Rua e CATij) funcionar de forma intimamente articulada entre si para potencializar o cuidado. Este é um importante passo, pois antes desses serviços se configurarem, a rede intersectorial de atenção a estes usuários esbarrava em fragilidades estruturais e os casos acabavam muitas vezes atropelados por processos de judicialização de vagas de internação psiquiátrica por ausência de outras opções. “É como se a CAT representasse outra opção à internação nas comunidades

terapêuticas”, reflete um dos seus técnicos.

Discussão

Ao nos debruçar sobre o avanço da rede municipal de Saúde Mental de Vitória não podemos nos esquecer de que estamos falando de práticas em curso dentro de um contexto de mudanças, tensões e contradições atuais na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Tais mudanças nesse cenário resultam de um confronto ora velado, ora rasgado, em torno de interesses maiores, ou seja, trata-se de uma disputa pelo modelo de atenção em saúde mental no país. Uma disputa em que está em jogo afirmar práticas a favor da vida, em que o outro, moribundo ou não, seja respeitado, acolhido em suas dores visíveis e invisíveis sem pré-julgamentos, sem discriminações de qualquer tipo, sem descaso pela vida do outro, um anônimo que poderia ser qualquer um de nós.

O que temos assistido neste cenário midiático? Uma demonização do crack e de seus usuários. Melhor dizendo, fazem do crack o 'mal' e dos usuários de crack, principalmente aqueles que vivem e/ou circulam pelas ruas, as frágeis e perdidas vítimas do mal/crack. Apresentados como vítimas, 'doentes' ou zumbis, estes sujeitos são anulados em sua subjetividade e em todas suas possibilidades de existência

caso não venham a ser 'salvos' pelas práticas salvacionistas e supostamente humanas e bem intencionadas dos guardiões da ordem pública ou das práticas supostamente competentes e especializadas de um fútil cientificismo que autoriza práticas de desmando, de desrespeito com o outro, com a vida, como foi o caso da chamada 'operação cracolândia', em São Paulo.

A operação cracolândia e o debate que a acompanha na imprensa ilustram as dificuldades do poder na modernidade. Num dos seus melhores seminários (o de 1975, "Os Anormais", Martins Fontes), Foucault mostra que esse poder oscila entre dois modelos: o da lepra e o da peste. Os diferentes e infratores podem ser retirados da circulação, fechados na prisão, na colônia agrícola, no antigo asilo. Esse é o modelo adotado para a lepra; ele segrega no lazareto. Mas, às vezes, os diferentes e infratores, muito numerosos, espalham-se pelo tecido social de forma que sua segregação seria improvável. É o que acontecia no caso da peste. Os contaminados, então, não eram fechados em lazaretos afastados, mas a cidade era dividida em quadras, que eram vigiadas por, digamos, agentes sanitários: os doentes eram proibidos de deixar seu domicílio, e o governo administrava a vida (e a morte) deles dentro de suas próprias casas (Calligaris, 2012).

Nos novos serviços da RAPS, voltados ao cuidado a usuários de álcool e

outras drogas, encontramos experiências que ora avançam em direção a um modelo, ora retrocedem para o outro. Vemos que o foco das últimas políticas tem sido exatamente os usuários de álcool e outras drogas que estão em situação de rua, sendo muitos dos novos dispositivos voltados para estes usuários em especial.

Avaliamos que sua nova configuração, a rede de saúde mental de Vitória - agora com o CAPS AD III, o Consultório na Rua e as Casas de Acolhimento Transitório - pode proporcionar um cuidado que acompanhe e respeite os modos de circulação dos sujeitos pelas ruas, sua história e sua forma de construir sua vida e de habitar a cidade, sem levar a uma formatação ou territorialização padrão destes sujeitos. Porém, esta mesma rede, também pode vir a ser uma rede de captação de sujeitos voltada para a formatação de sua subjetividade em modelos padrão, serializados e despotencializados, assujeitados à sua suposta condição de zumbis a serem recuperados.

A utilização desta nova rede que permite abordar, acolher, conhecer e oferecer abrigo aos sujeitos que circulam pela cidade e que tem nas drogas uma das formas de alívio de sua dor, só será potente e antagônica às malhas do estado de dominação² se os serviços/dispositivos e as equipes conseguirem lidar com a

desterritorialização³ inerente a estes modos de viver e habitar a cidade.

O "morador de rua" das cracolândias, nas grandes cidades, nos lembra o movimento esquizo dos nômades que invadiam o coração do Império Chinês, descrito por Pelbart, ocupando um lugar, ao mesmo tempo em que o desmancha, num movimento de ausência e presença simultâneas, "sempre dentro e fora, da família, da cidade, da cultura, da linguagem" (Pelbart, 2001, p.1).

Este convite que Pelbart nos faz de circular neste interstício dentro e fora demandarão das equipes uma grande capacidade de circular livremente, acompanhando de certo modo os movimentos da cidade e de seus habitantes 'marginais'. A mesma capacidade de lidar com a desterritorialização presente nestes, e que parece ser parte de sua potência, será exigida também de quem cuida, de forma a se construir novos modos de cuidar. Além disso, será demandado ainda destas equipes a capacidade de lidar com as pressões de produção de serialidade que em geral é o que se espera dos equipamentos da saúde pública.

Nesse sentido, destacamos a importância que passa a ter nestas práticas em construção a capacidade de lidar com as forças que incidem na produção de subjetividade, principalmente aquelas mais ligadas a vivências cotidianas que em geral

negligenciamos como se fossem um fundo difuso sobre o qual circulamos impunes. A própria relação com a cidade ganha peso e passa a ser importante lembrar que “A cidade nos habita. As subjetividades são produzidas em relação, na concretude de suas ruas e edificações, nas subjetivações tecidas nos encontros” (Nogueira, 2008).

Nessa perspectiva, a cidade não é apenas o palco para o encontro de seus viventes. Os lugares e os cotidianos adquirem grande importância, pois não é apenas o tempo que se passa sobre seus cidadãos que produz subjetividade, mas muito mais a experiência e a espaço praticado pelos mesmos. Os lugares da cidade podem trazer para o cotidiano, através do espaço, territórios e modos de subjetivação. Em alguns espaços da cidade se enunciam através de “poros” do tecido social por onde de certa forma se respira e se engendra novos modos de viver. Por outros, aglutinam-se produções de identidade serializadas.

Há lugares também, que se potencializam em certas horas do dia e não tem geografia definida, a não ser pela potência que se mobiliza. Funcionam como dispositivo ativo do tecido social. Podem ser histórico e espacialmente construídos e possibilitam a alteridade e diferenciação de forças. Ao caminhar pelas ruas de uma cidade, o encontro com a rua pode engendrar subjetividades que de certa

forma desviam-se e ligam-se a outros processos de produção de si e do espaço, a linhas de fuga. Contudo, é possível também que o encontro com a rua produza serialidades, cristalize-se na relação com espaço, capturando-se assim formas segmentarizadas que fixa identidades. As ruas, as praças, os parques, as edificações e outros espaços de circulação guardam essa potência e contradição de modos produção de subjetividades. A cidade é o lugar dos encontros.

A cidade é o lugar fabricado para o encontro, para o entretenimento, para a troca. Assim, floresceram as cidades ao longo da história, fortalecendo significados. O lugar da troca e da negociação é, também, lugar da produção. A cidade, nesses termos, é lugar da criação, da fertilização (Hissa, 2006).

Contudo, verifica-se que no contemporâneo, a construção de si e do outro, por intermédio do encontro nas cidades e potência de relações do tecido social tende a ser superficial e protegido em relação à diferença. A cidade nesse sentido produz exclusão, nega a diferença, vigia e organiza os corpos que por ela circulam. Na aldeia global do capitalismo pós-industrial, os corpos são cada vez mais inscritos em sua circulação pela cidade por certa assepsia e impermeabilidade à diferença.

Nas cidades modernas, apesar de nascerem como espaço de liberdade e resistência à servidão feudal, engendram-se jogos de forças maquinados pela racionalidade do campo privado que afirma o individualismo. Reforça e contrapõe identidades em linhas de forças de segmentaridade, produzindo valorização de certas identidades em detrimento da exclusão de outros modos de habitar. Erguem-se pelos espaços urbanos, muros e cercas reais e simbólicos.

Os serviços de saúde mental devem trabalhar sua capacidade de se fazerem de pontos de passagem nos quais se produzam encontros potentes e capazes de mobilizar nos sujeitos processos de mudanças ativas de modo a que, sem paralisar os percursos, possam ter efeitos.

Notas

¹ Artigo inédito resultado de pesquisa desenvolvida no Programa de Mestrado em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo.

² “Mesmo quando a relação de poder é completamente desequilibrada, [...] um poder só pode se exercer sobre o outro à medida que ainda reste a esse último [alguma] possibilidade” (Foucault, 2004, p. 277). [...] “... é preciso distinguir as relações de poder como jogos estratégicos entre liberdades [...] e os estados de

dominação, que são o que geralmente se chama de poder” (Foucault, 2004, p. 285). Mas será que foi um jogo de poder aberto, será que se jogava “com um mínimo possível de dominação”? (Foucault, 2004, p. 284). Nos “estados de dominação” as práticas de liberdade são um fio excessivamente reduzido e situado em um único lado”.

³ Félix e eu construímos um conceito de que gosto muito, o de desterritorialização. (...) precisamos às vezes inventar uma palavra bárbara para dar conta de uma noção com pretensão nova. A noção com pretensão nova é que não há território sem um vetor de saída do território, e não há saída do território, ou seja, desterritorialização, sem, ao mesmo tempo, um esforço para se reterritorializar em outra parte (Gilles Deleuze, em entrevista em vídeo).

Referências

- Brasil. (2001). Presidência da República. Casa civil. Subchefia para assuntos jurídicos. *Lei nº 10.216*, de 6 de abril de 2001. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil/03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em 10 de novembro 2012.
- Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de

- fevereiro de 2002. *Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos centros de atenção psicossocial*. Brasília: Diário oficial da União.
- Brasil. (2003). Ministério da Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009). Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. (2 ed., 5 reimp.). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010b). Presidência da República/Gabinete de Segurança Institucional/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/Ministério da Saúde/Comitê Gestor do Plano Integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas. *Edital nº 003/2010/gsipr/senad/ms*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010c). Decreto Presidencial nº 7179 de 20 de maio de 2010. Institui o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas, (piec), cria o seu comitê gestor, e dá outras providências.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Equipe de referência e apoio matricial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009). *Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas no sistema único de saúde - SUS (PEAD 2009-2010)*, instituído pela portaria nº 1190, de 04 de junho de 2009. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Consultórios de Rua do SUS*. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Epjn-Fiocruz.
- Calligaris, C. (2012). *Nota sobre as cracolândias*. Fragmentos do artigo publicado no jornal folha de São Paulo. Disponível em: <http://avaranda.blogspot.com.br/2012/01/notas-sobre-cracolandia-contardo.html>. Acesso em 15/07/12.
- Carta das Entidades de Defesa da Reforma Psiquiátrica. Disponível em: <http://blogsaudefrasil.com.br/2011/>

08/01/carta-das-entidades-de-defesa-da-reforma-psiquiatrica/>. Acesso em: 26 de setembro de 2011.

Deleuze, G. *O abecedário de Gilles Deleuze*. (Raccord, Trad. e legendas). A série de entrevistas, feita por Claire Parnet, foi filmada nos anos 1988-1989.

Deleuze, G. (1998). Políticas. In G. Deleuze, & C. Parnet. *Diálogos*. São Paulo: Escuta.

Foucault, M. (2004). *Ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, Coleção Ditos & Escritos V.

Hissa, C. E. V. (2006). Ambiente e vida na cidade. In C. A. Brandão. (Org.). *As cidades da cidade*. Belo Horizonte: UFMG.

Nogueira, M. L., & Sander, J. (2008). A cidade: o jogo da alteridade. In *Corporidade: debates em estética urbana 1*. Salvador, BA, s/p. Disponível

em:<http://www.corporidade.dan.ufba.br/arquivos/resultado/st4/marianogueira.pdf>. Acesso em: 14 jul 2012.

Pelbart, P. Pal. (2001). Exclusão e biopotência no coração do império. In *Seminário estudos territoriais de desigualdades sociais*. São Paulo. Disponível em: (<http://www.cedest.info/peter.pdf>) acesso em: 20 set. 2011.

Anselmo Clemente: Psicólogo, mestrando do Programa de Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES e psicólogo membro da Área Técnica de Saúde Mental da Secretária Municipal de Saúde de Vitória – ES. Atua na área de saúde mental; direitos humanos; atenção primária à saúde; saúde pública e saúde coletiva.

Email: anselmo_clemente@hotmail.com

Maria Cristina Campello Lavrador: Professora Adjunta do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional/PPGPSI da Universidade Federal do Espírito Santo/UFES. Atua na área de Saúde com ênfase em Políticas de Saúde Mental: modos de subjetivação na contemporaneidade, reforma psiquiátrica, desinstitucionalização da loucura e atenção psicossocial.

Email: cristinacampello@uol.com.br

Andrea Campos Romanholi: Psicóloga mestre em Psicologia Social pelo Programa de Psicologia Social da Universidade Federal do Espírito Santo e professora da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo. Atua na área de saúde mental, álcool e outras drogas; reforma psiquiátrica; atenção primária em saúde; organização e gestão de redes de atenção. Email: andrearomanholi@superig.com.br