



## Desarticulação da rede psicossocial comprometendo a integralidade do cuidado\*

Uncoordinated psychosocial network compromising the integrality of care

Desarticulación de la red psicossocial comprometiendo la integralidad del cuidado

Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho<sup>1</sup>, Edméia de Almeida Cardoso Coelho<sup>2</sup>, Jeane Freitas de Oliveira<sup>2</sup>, Rosália Teixeira de Araújo<sup>3</sup>, Andiará Rodrigues Barros<sup>4</sup>

### Como citar este artigo:

Carvalho MFAA, Coelho EAC, Oliveira JF, Araújo RT, Barros AR. Uncoordinated psychosocial network compromising the integrality of care. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03295. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016040703295>

\* Extraído da tese: “Integralidade do cuidado na atenção psicossocial”, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2016.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Vale do São Francisco, Colegiado de Enfermagem, Petrolina, PE, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, BA, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Salvador, BA, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** To discuss the lack of coordination in the Psychosocial Care Network from the conception of professionals of a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (Portuguese acronym: CAPSad). **Method:** Qualitative study conducted with professionals from a CAPSad unit. The empirical material was produced through two reflection workshops focused on care experiences, and analysis using the discourse analysis technique. The category of analysis was integrality. **Results:** Nine professionals participated in the study. All of them reported being part of a disarticulated service network, in disagreement with principles of the national mental health policy, which directly affects the resolution of care provided in the unit. **Conclusion:** The operating logic in the Psychosocial Care Network tends to reduce the care of drug users to the CAPSad assistance, hence compromising the integrality of care.

### DESCRIPTORS

Mental Health Services; Integrality in Health; Drug Users; Health Personnel; Patient Care Team; Psychiatric Nursing.

### Autor correspondente:

Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho  
Universidade Federal do Vale do São Francisco  
Alameda das Hortênsias, 91 –  
Condomínio Sol Nascente II  
CEP 56332-760 – Petrolina, PE, Brasil  
[fatimaaguiar@hotmail.com.br](mailto:fatimaaguiar@hotmail.com.br)

Recebido: 20/10/2016  
Aprovado: 28/09/2017

## INTRODUÇÃO

O Brasil é reconhecido no cenário internacional como referência pelo desenvolvimento de uma Política de Saúde Mental pautada na superação da lógica manicomial por meio da substituição do hospital psiquiátrico por uma rede de base comunitária e territorial, centrada na garantia do cuidado em liberdade e no exercício de cidadania<sup>(1-2)</sup>.

A Reforma Psiquiátrica busca assegurar serviços extra-hospitalares para a atenção a pessoas com transtornos mentais e por uso de drogas. Essa alteração representa avanço em relação ao modo como a assistência era prestada antes da Reforma, basicamente nos hospitais psiquiátricos<sup>(3)</sup>.

As contribuições dos primeiros Centros/Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS) são consideradas marco da construção do ideário das práticas da Atenção Psicossocial, que vão além da Psiquiatria reformada. A partir da lei 10.216/2001 da Reforma, os CAPS são considerados os dispositivos estratégicos de saúde mental, por se organizarem em equipes multidisciplinares e complementares e procurarem atender às diferentes necessidades das pessoas em seu processo de tratamento e reabilitação<sup>(4)</sup>.

A Atenção Psicossocial se alicerça como política pública, demarcando saberes e fazeres atravessados por um ideário ético-político emancipatório e substitutivo ao da psiquiatria organicista e médico-centrada, ainda prevalente nas práticas atuais. As experiências positivas dos CAPSs consideram que as questões de Saúde Mental não são restritas à área da Psiquiatria, mas perpassadas por aspectos sociais, políticos e históricos, na relação com a família, comunidade e sociedade, resultando na integralidade da atenção pautada na Política de Redução de Danos<sup>(3)</sup>.

A integralidade da atenção a pessoas que usam drogas pressupõe ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com articulação das ações dos profissionais, em uma visão abrangente permeada pelo acolhimento, por meio do qual se desenham projetos terapêuticos pautados nas necessidades apresentadas e na disponibilidade da escuta, traduzindo-se na consolidação de vínculos, responsabilização e acesso aos diversos níveis de atenção<sup>(4)</sup>.

A RAPS destina-se ao atendimento das demandas decorrentes de transtornos mentais ou por uso de álcool e outras drogas, desde a Atenção Primária, serviços especializados (CAPS e outros), hospitais gerais com leitos de referência para Saúde Mental, serviços de urgência/emergência, geração de renda e trabalho, centros comunitários e outras alternativas no território, a depender da realidade de cada município<sup>(5)</sup>.

No cenário nacional, a RAPS conta com mais de 2.300 CAPS, nos quais trabalham mais de 30.000 profissionais, com 700 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), 39.228 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), 3.898 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 129 equipes de Consultório na Rua (CnR), que asseguram a ampliação e a qualificação das ações de saúde mental, álcool e outras drogas na atenção básica, além da inclusão da Rede de Atenção às Urgências (RAU), e na atenção em hospital geral<sup>(6)</sup>.

Entretanto, para essa rede ser caracterizada como eficiente precisa estar muito bem articulada, visto que um serviço precisa permanentemente do outro, face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas socialmente excluídas, a exemplo de usuárias de álcool e outras drogas. Além disso, é necessário que os dispositivos que a compõem, dialoguem na mesma lógica de Redução de Danos.

A Redução de Danos, tomada como diretriz do cuidado em Saúde Mental, parte do princípio de que nem todas as experiências com drogas são danosas; nem todas as pessoas que têm relações danosas com as drogas desejam parar de usá-las; os danos produzidos podem ser de diversas ordens, demandando ações que atendam a essas diversidades singulares, estabelecendo que parar de usar drogas, como meta terapêutica, é uma possibilidade e não a única meta para todas as pessoas<sup>(7)</sup>.

Pesquisa internacional sobre a Redução de Danos relata que, apesar de 97 países apoiarem a abordagem de forma explícita, por meio de políticas oficiais, na prática a implementação dos programas tem acontecido de forma lenta, dos quais muitos permanecem na fase piloto<sup>(8)</sup>.

No Brasil, essa experiência vem ocorrendo, paulatinamente, com a articulação entre Redução de Danos, Saúde Mental e Estratégia Saúde da Família (ESF). A proximidade da atenção psicossocial com família e comunidade possibilita que a ESF seja a principal parceira do CAPS, uma vez que essa estratégia, por meio da Atenção Primária, tem poder de inserção maior no território. Essa parceria entre CAPS e ESF fortalece a rede de cuidado e cria novas possibilidades na atenção de pessoas com transtornos decorrentes do uso de drogas, além de facilitar o trânsito no território subjetivo das pessoas, estabelecendo relações de confiança, disponibilidade e afetividade<sup>(9)</sup>.

No entanto, estudos mostram que a prática do cuidado em saúde mental não é exercida em rede, ficando centralizada no CAPS, por falta de articulação, comunicação, inexistência de fluxograma organizativo dos serviços integrantes e pela necessidade de apoio matricial para o trabalho de saúde mental na Atenção Primária<sup>(10)</sup>.

Como profissionais que vivenciamos as dificuldades de interação desses espaços de atenção, afirmamos que nem sempre a Atenção Primária apresenta condições de lidar com especificidades que permeiam o uso de drogas. Falta infraestrutura nas unidades de saúde e qualificação de profissionais, prejudicando o desenvolvimento da integralidade da atenção. Tais dificuldades afetam o CAPS, cuja dinâmica de trabalho pressupõe a parceria com a rede que dá suporte em nível primário.

No sentido de oferecer elementos para explicar a realidade e apontar caminhos para a interação entre a RAPS nos seus diferentes níveis, foi desenvolvido, como parte de pesquisa mais ampla, este estudo, que teve como objetivo discutir a desarticulação da RAPS a partir da concepção de profissionais de CAPS.

## MÉTODO

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, tendo integralidade como categoria de análise, desenvolvido em

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas/CAPSad da região do Submédio São Francisco, Pernambuco/Brasil. O serviço lócus da pesquisa foi implantado em maio de 2006, com o propósito de desenvolver ações de cuidado individual e coletivo, dentro e fora do espaço institucional. Foi destinado a pessoas com uso problemático de drogas, maiores de 18 anos, e para seus familiares, em uma proposta fundamentada na política de redução de danos. Funciona de segunda à sexta, das 8:00 às 17:00 horas e apresenta 198 pessoas cadastradas.

Os dados foram produzidos nos meses de julho e agosto de 2015. A equipe multi/interprofissional era constituída de 14 trabalhadoras/es, dos quais seis eram profissionais de saúde das seguintes categorias: assistente social, enfermagem, medicina, farmácia e psicologia. Os demais eram profissionais que atuavam na recepção, portaria, cozinha e serviços gerais.

A integralidade se expressa nas características interdisciplinares das práticas de saúde, pautada por valores fundados na garantia da autonomia, no exercício da solidariedade e no reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado e da saúde que se deseja. Muito além de identificar demandas, entender as necessidades das pessoas, por vezes ocultas pela face da doença<sup>(10)</sup>.

Na Saúde Mental, a formatação da RAPS está consolidada à perspectiva da integralidade, visando à integração dos dispositivos que a compõem e à interdependência dos/as envolvidos/as, entendendo que nenhum serviço dispõe da totalidade de recursos e competências necessárias para a solução de demandas, resultando em qualidade, eficiência, eficácia e resolutividade<sup>(11)</sup>.

A integralidade é, portanto, consubstanciada por meio de práticas de saúde que certifiquem ações resolutivas nos diversos níveis de atenção, atentando para singularidades de pessoas. Nessa acepção, o cuidado se realiza com acolhimento, escuta sensível, vínculo e responsabilização, valorizando-se a influência do contexto em que as necessidades são geradas<sup>(12-13)</sup>.

Os critérios para inclusão das/os participantes foram: atuar no CAPSAD proposto como local da pesquisa há pelo menos 5 meses e não estar afastado/a por licença médica ou prêmio. O tempo foi estabelecido por considerarmos adequado à devida inserção na rotina do serviço, bem como para garantir a participação de todas as categorias, visto que uma profissional estava inserida no tempo mínimo indicado.

Para atender ao objeto deste estudo, foram considerados depoimentos de nove profissionais, os quais obedeceram aos critérios estabelecidos. Profissionais da saúde: uma assistente social, uma enfermeira, uma farmacêutica, um médico, duas psicólogas, uma exercia também a função de coordenadora. Profissionais de outras áreas: uma recepcionista, uma cozinheira e um porteiro. A maioria era solteira, com média de idade 38 anos, variando de 24 a 53 anos. O tempo de atuação no CAPSAD era de 5 meses a 9 anos, média de 2 anos e 6 meses. O médico cursou residência em psiquiatria e especialização em dependência química e uma das psicólogas concluiu mestrado em Saúde Coletiva. Os/as demais aderiram no serviço sem antes terem trabalhado ou se

qualificado na área, realizando cursos de curta duração sobre álcool e outras drogas em serviço.

O material empírico foi produzido por meio de oficina de reflexão, que é considerada ferramenta ético-política privilegiada, pois permite a criação de espaços dialógicos de trocas simbólicas e acolhe e sensibiliza as pessoas participantes para a temática trabalhada, permitindo convívio com uma variedade de versões e sentidos sobre o tema<sup>(14)</sup>.

Foram realizadas duas oficinas de reflexão, intituladas: Cuidado no CAPSAD e Resgatando o cuidado em CAPSAD. Os encontros ocorreram em ambiente destinado às atividades de grupo do próprio serviço e foram conduzidos por uma coordenadora/facilitadora e uma colaboradora/observadora.

A primeira oficina foi desenvolvida a partir das questões que geraram reflexão e discussão: Quem é a pessoa que frequenta o CAPSAD? Que experiências tenho vivenciado com essa pessoa desde que comecei a trabalhar aqui? Essas experiências de cuidado têm atendido às necessidades de usuários/as?

Na segunda oficina, foi realizado resgate do encontro anterior. Em seguida, foi solicitado às/aos profissionais que identificassem aspectos positivos e negativos no processo do cuidado no CAPSAD, a partir de dinâmica em que eles identificaram simbolicamente tais aspectos e os nomearam para discussão.

Os encontros duraram em média 2 horas e obedeceram às etapas: apresentação e integração; desenvolvimento do tema; socialização das experiências; síntese; avaliação e descontração/relaxamento. As oficinas foram gravadas, fotografadas e, posteriormente, transcritas na íntegra para análise e discussão. Do material empírico produzido, foi explorada, neste artigo, a categoria que lhe deu o título.

O material empírico foi analisado pela técnica de análise de discurso proposta por Fiorin. Segundo o autor, o discurso representa uma posição social cujas representações ideológicas são materializadas na linguagem e, na medida em que é analisado, é revelada a visão de mundo do sujeito inscrito no discurso. Para operacionalização da técnica, foram seguidas as etapas: leitura do material para identificar elementos concretos (figuras) e abstratos (temas); depreensão de temas parciais; agrupamento dos temas parciais em blocos de significações; formulação de subcategorias; e formulação de categorias empíricas centrais<sup>(15)</sup>.

Foram respeitados todos os preceitos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, referente às normas éticas de pesquisas envolvendo seres humanos. A participação foi livre e voluntária, mediante consentimento informado por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Obteve-se aprovação prévia do Comitê de Ética e Deontologia em Estudos e Pesquisas da Universidade Federal do Vale do São Francisco, emitido em 14 de outubro de 2014, sob o parecer nº 0008/141014 CEDEP/UNIVASF. Para assegurar o anonimato das/os participantes, optamos por não identificar o município e utilizamos a categoria profissional nos depoimentos.

## RESULTADOS

Participaram do estudo nove profissionais. Os profissionais investigados referiram estar inseridos em uma rede de



serviços desarticulada, que destoa dos princípios da Política Nacional de Saúde Mental. Esta preconiza uma rede aberta, com conectividade nos pontos de atenção, diálogo entre profissionais e cuidado compartilhado:

*O CAPS, para funcionar, tem que estar articulado com outros serviços, a gente lida com uma rede que é insuficiente na sua comunicação, na sua forma de atuação, e a gente tenta estabelecer esse elo (...) com a própria rede de saúde. Além disso a gente precisa se articular com o social, com a educação, mas, às vezes, dentro da própria saúde não conseguimos nos comunicar (psicóloga 2).*

*Outra dificuldade é a desarticulação de rede, da própria saúde (...) por exemplo, hoje a gente está tentando articular com outro serviço, ver o melhor para o paciente e não estamos conseguindo falar (enfermeira).*

A rede de serviços é referida por profissionais como ineficiente e comprometedora dos princípios da política, impondo barreiras à continuidade do cuidado, o que se constata nas falas:

*Essas dificuldades denunciam a ineficiência da rede, Programa Saúde da Família, Assistência Social, a gente sente que o CAPS, sozinho, sem essas parcerias, fica ainda mais difícil (...) é a continuidade desse cuidado que precisa existir para ser completo, muitas vezes precisamos do outro serviço e não temos esse apoio (psicóloga 1).*

*A gente faz um acompanhamento, mas, às vezes, chega lá na frente não tem essa continuidade, mas no que depende do nosso serviço, dos profissionais daqui a gente está atendendo essa demanda (assistente Social).*

O cuidado assumido por profissionais como diferenciado dos outros serviços, com acolhimento e valorização de demandas que não se adequam ao modelo da queixa conduta, sofre rupturas quando são feitos encaminhamentos a outras instituições, conforme expresso:

*Da mesma forma que o paciente chega aqui e é acolhido, é bem tratado pela equipe, eles levam para outras unidades (a expectativa) por esse estilo de atendimento que tem aqui. Nos outros serviços não é assim, existem muitas dificuldades, mesmo nos hospitais, existem unidades de saúde que trabalham com uma realidade bem diferente (médico).*

*A gente faz o melhor, mas a gente encaminha e lá no outro serviço, o paciente não é bem recebido, reclamam sempre disso (...) ou então a gente não tem o retorno, isso dificulta muito, essa falta de articulação (enfermeira).*

Os efeitos produzidos pela inoperância da RAPS têm como uma de suas consequências o prolongamento do tempo de permanência no CAPSad, o que leva à cronificação de usuários/as:

*Quando o paciente não tem apoio nenhum, a possibilidade dele não se motivar é muito grande, esse paciente precisa estar mais tempo aqui, então, vai se cronificando (...) você trabalha pra ele continuar lá fora, mas ele não consegue se estabilizar, então tem sempre esse movimento de estar próximo do CAPS, aqui eles conseguem na instituição o apoio que necessitam e não têm em outro lugar (...) quanto maior o apoio que ele tiver, da família, dos amigos, da rede de serviços, menos ele precisará daqui, não se cronificando (médico).*

*As pessoas, às vezes, vêm aqui, passa uma manhã, duas, três vezes por semana, ou até todo dia, mas o que estamos fazendo por ela pode se desfazer, pois lá fora é muito diferente e muitas vezes ela não tem apoio (repcionista).*

*Lá fora a dificuldade é grande, eles não têm suporte, é difícil estimular essa pessoa a continuar batalhando na vida, então eles vão ficando por aqui (farmacêutica).*

## DISCUSSÃO

Partimos da compreensão de rede de atenção como um conjunto de serviços vinculados entre si por objetivos comuns, com ações articuladas, cooperativas e interdependentes e que visam ofertar atenção integral e contínua a determinada população<sup>(16)</sup>.

A constituição da rede requer mais do que a existência de serviços que atendam à população, é imprescindível o diálogo entre os dispositivos que a integram, pois a solidez da estrutura da rede está alicerçada nas relações interpessoais dialógicas<sup>(16)</sup>. Essas características se coadunam com o compartilhamento das ideias da Reforma Psiquiátrica e com uma prática cotidiana crítica, reflexiva, criativa e integral. Entretanto, esse ideário não se confirma nos depoimentos das/os profissionais, que se referem a uma desarticulação da RAPS, questionando-se o modo como se efetiva a sua organização.

A RAPS do município em que foi desenvolvido este estudo está constituída por variados serviços: um CAPS II, um CAPSad II (adequando-se para CAPSad 24 horas na época da pesquisa), um CAPSi (CAPS Infantil), uma equipe de Consultório na Rua (CnR) e seis leitos no Serviço Hospitalar de Referência (SHR). De acordo com as políticas que a norteia, esses serviços devem ser parte da atenção primária e atenção especializada, como SAMU e Policlínica, na tentativa de assegurar a integralidade do cuidado.

Todavia, os depoimentos das/os profissionais mostram realidade diferente do que se pretende de uma rede integrada, articulada e efetiva nos seus diferentes pontos de atenção. O atendimento pelo CAPSad com acolhimento e responsabilização sofre descontinuidade por ocasião do encaminhamento a outros serviços, onde usuários/as têm expectativas frustradas na medida em que se rompe a teia em que se encontravam articulados enquanto em acompanhamento pelo CAPSad.

A produção do cuidado no território adotado pela RAPS envolve relações inter/intrapessoais e inter/intrainstitucionais. Portanto, deve ser constituída levando-se em consideração os serviços de saúde e a rede comunitária (igrejas, escolas, justiça) mediada por canais de comunicação, numa relação de parceria, em que se somam importantes pontos de constituição de cuidado<sup>(17)</sup>.

A lógica operada no lócus do nosso estudo tende a reduzir o cuidado à vinculação do/a usuário/a ao CAPSad. Os serviços trabalham desconectados, sem comunicação com outras instâncias como educação, justiça, escola e assistência social, até mesmo com outros serviços de saúde, dificultando o cuidado no território.

Nesse sentido, entende-se por território o lugar no qual se realiza a vida comunitária, diz respeito ao espaço onde se estabelece toda a rede de relações existenciais, onde a vida

cotidiana acontece, dando sentido ao lugar habitado. Assim, para o cuidado territorial se concretizar, é necessária a utilização de todos os componentes, saberes e forças da comunidade, que apresenta demandas, propõe soluções e constrói objetivos comuns<sup>(18)</sup>.

A Atenção Psicossocial tem sua proposta orientada pela integralidade. Nessa perspectiva, o trabalho da equipe deve ocorrer de forma coletiva e demandar compromisso por parte dos/as envolvidos/as, profissionais, pessoas usuárias do serviço, familiares e comunidade. Define-se como a clínica do saber/fazer, que considera a história de vida da pessoa no território, suas relações sociais, afetivas e familiares, portanto, o foco não é o transtorno, mas a pessoa e seu contexto social<sup>(4)</sup>.

De acordo com os depoimentos manifestados, não se visualizam ações concretas nesse sentido na rede do município em questão, evidenciando-se não haver clareza quanto à coordenação da RAPS. A nossa pesquisa corrobora estudo realizado em Porto Alegre/RS, onde se verificou que o CAPS II acaba por inserir na modalidade intensiva pessoas que não necessitam desse tipo de cuidado, porque entende que na “rede”, não existem serviços que possam oferecer suporte a essas pessoas “desassistidas”, contribuindo, de certa maneira, para a centralização no CAPS, no momento em que esse serviço se responsabiliza por demandas que deveriam ser encaminhadas para outros níveis de atenção à saúde<sup>(19)</sup>.

Outros estudos apontam que pessoas que poderiam ser acolhidas na Atenção Primária acabam sendo encaminhadas aos CAPSs e/ou a outros serviços especializados, permanecendo neles por um tempo maior do que deveriam<sup>(4)</sup>.

Profissionais participantes da nossa pesquisa relataram que usuários/as permanecem por tempo indeterminado no CAPSad, por falta de suporte na rede de saúde. Mostraram preocupação com a institucionalização e a cronificação “veladas” dessas pessoas, o que reproduz, de certa forma, o modelo manicomial, contrariando os princípios da Reforma Psiquiátrica, que investe na desinstitucionalização, reconstrução da autonomia e da cidadania.

De certo modo, pessoas com transtornos por uso de drogas veem o CAPSad não somente como um espaço terapêutico, mas também como única alternativa para acolhimento de carências afetivas e de trocas sociais e simbólicas. Sem garantia de continuidades na Atenção Primária e de reinserção social, tornam-se dependentes da atenção pelo CAPSad, o que interfere na reconstrução de sua autonomia e cidadania.

É preciso considerar que a saída do CAPSad não significa desassistência, ao contrário, é nesse momento que os outros serviços da rede, em especial a Atenção Primária, precisam mostrar que estão aptos a acolher e oferecer suporte às pessoas e a seus familiares dentro do seu território. Nesse momento, é preciso discutir os benefícios da saída do serviço e mostrar a ele/a que não será uma perda, mas uma conquista de outra etapa do tratamento, que lhe possibilitará construir novos vínculos com outras instituições e pessoas<sup>(4)</sup>.

Como estratégia para assegurar a retaguarda dessas pessoas, propõe-se reforçar o Apoio Matricial na ESF, com fins de amenizar os problemas de articulação da RAPS municipal e organizar o processo de trabalho dos/as profissionais,

favorecendo abertura para o território numa lógica diferente do encaminhamento.

O matriciamento preconiza o compartilhamento do cuidado entre equipe de referência e equipe de suporte, valorização de espaços de saberes-fazer, provocando a responsabilização de profissionais/usuários/as. Em médio e longo prazo, espera-se que profissionais da Atenção Primária se tornem capazes de atender às demandas que dispensem encaminhamentos desnecessários para os CAPSs e outros serviços especializados, aumentando a capacidade resolutiva da rede<sup>(19)</sup>.

Diante da realidade apresentada nos depoimentos das/os profissionais, pode-se verificar a contraposição existente entre o que é proposto pela Reforma e a realidade concreta na rede de Saúde Mental do município estudado. Os resultados reforçam a importância da responsabilização, tanto da Atenção Primária quanto dos demais serviços que compõem a RAPS no que se refere ao cuidado de pessoas com problemas decorrentes de álcool e outras drogas, considerando-se que o CAPSad não é suficiente para a cobertura das demandas.

A desarticulação da rede retrata a presença da referência histórica da atenção à saúde mental, representada por modelo que isola quem nela se insere como demandante de cuidados. Essa permanência gera contradições com a Política Nacional de Saúde Mental, que se propõe a superar o instituído e encontra neste estudo o CAPSad como espaço de possibilidades.

## CONCLUSÃO

No CAPSad lócus desta pesquisa, profissionais referem-se a um cuidado que se concretiza por meio de práticas regidas pelo acolhimento, escuta sensível, vínculo e responsabilização, dimensões da integralidade. Todavia, esta fica comprometida em seu alcance pela desarticulação e ineficiência da RAPS, que repercute diretamente na resolutividade do cuidado prestado.

Há contraposição entre o que é proposto pela Política Nacional de Saúde Mental e a realidade da rede psicossocial do município, onde a lógica operada tende a reduzir o cuidado de pessoas, decorrente do uso abusivo de drogas, à vinculação ao CAPSad.

Nos depoimentos manifestados, evidenciam-se dificuldades e obstáculos para o acesso de pessoas a outros serviços, ficando a assistência restrita ao CAPSad. Na prática, não existem parcerias interinstitucionais para compartilhar as demandas, repercutindo no processo de trabalho da equipe.

Ressaltamos que as questões relacionadas ao uso abusivo ou à dependência de drogas não são estáticas, movimentam-se traçando caminhos próprios e indicam as modalidades de serviços de que necessitam. A Atenção Primária, em especial a ESF, que seria o principal elo com os CAPSs, não é apresentada pela equipe do CAPSad como espaço de acolhimento de pessoas que usam drogas. Esse panorama é preocupante, pois a ESF constitui dispositivo, junto ao CAPS, para nortear a dinâmica da rede, além de ser o espaço para onde se direciona o movimento de desinstitucionalização e descentralização da atenção em saúde mental.

Destaca-se que a desarticulação entre os serviços conduz a uma centralização da atenção ao CAPSad, implicando tempo indeterminado da permanência de usuários/as, por falta de suporte nos serviços para continuidade ao tratamento, o que veladamente conduz à institucionalização e à cronificação de processos que poderiam ser abreviados com a interação efetiva entre espaços de cuidado. Com isso, ratifica-se a prática hegemônica de produzir saúde e se repete por meio dela as ações da psiquiatria tradicional, em franca contradição com o modelo de atenção construído para romper com tal lógica.

A amplitude e a complexidade das questões da RAPS mostram a necessidade de integrar o CAPSad aos serviços de Atenção Primária, tendo a ESF como uma das principais articuladoras desse processo. Com isso, o modelo de atenção proposto torna-se descentralizado do CAPS, com oferta de serviços no território, mais próximos das residências das

pessoas, desafogando o referido serviço. Para efetividade da integralidade, faz-se necessário que o cuidado seja continuado e articulado em redes, com ações resolutivas das equipes, regidas pelo acolher, informar, escutar, estabelecer vínculos e se responsabilizar.

Por fim, concluímos que é fundamental implementar e/ou mesmo *sacudir* essa rede a fim de torná-la eficiente ao que lhe é proposto. Na realidade estudada, percebe-se que a quantidade e a variedade de serviços que oferecem assistência nos diversos níveis de atenção no município são suficientes para atender pessoas que usam drogas, mas requer, imprevisivelmente, a ativação de redes de diálogo e planejamento de fluxos com ações resolutivas e complementares, regidas por acolhimento, escuta sensível, vínculo e responsabilização, aspectos também indispensáveis para qualidade do cuidado, quando se trata de integralidade.

## RESUMO

**Objetivo:** Discutir a desarticulação da Rede de Atenção Psicossocial a partir da concepção de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Método:** Estudo qualitativo, realizado com profissionais de um CAPSad. O material empírico foi produzido por meio de duas oficinas de reflexão, com foco nas experiências de cuidado vivenciadas, e analisado pela técnica de análise de discurso, tendo a integralidade como categoria de análise. **Resultados:** Participaram do estudo nove profissionais. Todos referiram estar inseridos em uma rede de serviço desarticulada, destoante dos princípios da Política Nacional de Saúde Mental, que repercute diretamente na resolutividade do cuidado prestado na unidade. **Conclusão:** A lógica operada na Rede de Atenção Psicossocial tende a reduzir o cuidado de pessoas que usam drogas ao CAPSad, comprometendo a integralidade do cuidado.

## DESCRITORES

Serviços de Saúde Mental; Integralidade em Saúde; Usuários de Drogas; Pessoal de Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente; Enfermagem Psiquiátrica.

## RESUMEN

**Objetivo:** Discutir la desarticulación de la Red de Atención Psicosocial a partir de la concepción de profesionales de un Centro de Atención Psicosocial Alcohol y Drogas. **Método:** Estudio cualitativo, realizado con profesionales de un CAPSad (Centro de Atención Psicosocial Alcohol y Drogas). El material empírico fue producido mediante dos talleres de reflexión, con foco en las experiencias de cuidado vividas y analizado por la técnica de análisis de discurso, teniendo la integralidad como categoría de análisis. **Resultados:** Participaron en el estudio nueve profesionales. Todos relataron estar insertados en una red de servicio desarticulada, discordante de los principios de la Política Nacional de Salud Mental, que repercute directamente en la resolutividad del cuidado prestado en la unidad. **Conclusión:** La lógica operada en la Red de Atención Psicosocial tiende a reducir el cuidado de personas drogadictas al CAPSad, comprometiendo la integralidad del cuidado.

## DESCRIPTORES

Servicios de Salud Mental; Integralidad en Salud; Consumidores de Drogas; Personal de Salud; Grupo de Atención al Paciente; Enfermería Psiquiátrica.

## REFERÊNCIAS

1. Desviat M. Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2011 [citado 2015 Dez. 05];16(12):4615-21. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/10.pdf>
2. Calouste Gulbenkian Foundation; Nova University of Lisboa, Faculty of Medical Sciences, Department of Mental Health. Gulbenkian Global Mental Health Platform [Internet] Lisboa, Portugal, 2015 [cited 2016 Feb 28]. Available from: <http://www.globalmentalhealth.org/sites/default/files/docs/GulbMHPlatf.pdf>
3. Costa-Rosa A. Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Ed. UNESP; 2013.
4. Oliveira RF, Andrade LOM, Goya N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [citado 2016 set. 10];17(11):3069-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a22.pdf>
5. Mielke FB, Kantorski LP, Olschowsky A, Jardim VMR. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. Trab Educ Saúde [Internet]. 2011 [citado 2016 set 6];9(2):265-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n2/06.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde; Portal da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) [Internet]. Brasília; 2016 [citado 2016 ago. 16]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php?conteudo=rede\\_psicossocial](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_psicossocial)
7. Souza TP, Carvalho SR. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. Rev Polis Psique. 2012 [citado 2016 set. 18];2(3):37-58. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/40319/25628>

8. Beg M, Strathdee AS, Kazatckine M. State of the art Science addressing injecting drug use, HIV and harm reduction. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2015 [cited 2014 May 30];26 Suppl 1:S1-4. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395914003326?via%3Dihub>
9. Cortes LF, Terra MG, Pires FB, Heinrich J, Machado KL, Weiller TH, et al. Atenção a usuários de álcool e outras drogas e os limites da composição de redes. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2014 [citado 2016 out. 12];16(1):84-92. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v16/n1/pdf/v16n1a10.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a10.pdf)
10. Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 [citado 2016 ago. 10];17(1):133-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/19.pdf>
11. Brito MJM, Andrade AM, Caçador BS, Freitas LFC, Penna CMM. Home care in the structuring of the healthcare network: following the paths of comprehensiveness. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 23];17(4):603-10. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/en\\_1414-8145-ean-17-04-0603.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/en_1414-8145-ean-17-04-0603.pdf)
12. Coelho EAC, Andrade MLS, Vitoriano LVT, Souza JJ, Silva DO, Gusmão MEN, et al. Association between unplanned pregnancy and the socioeconomic context of women in the area of family health. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2016 Feb 15];25(3):415-22. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/en\\_v25n3a15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/en_v25n3a15.pdf)
13. Mororó MEML, Colvero LA, Machado AL. The challenges of comprehensive care in a Psychosocial Care Center and the development of therapeutic projects. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2016 July 20];45(5):1167-72. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reusp/v45n5/en\\_v45n5a20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reusp/v45n5/en_v45n5a20.pdf)
14. Spink MJ, Menegon VM, Medrado B. Oficina como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. *Rev Psicol Soc* [Internet]. 2014 [citado 2016 abr. 25];26(1):32-42. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/seerpsicoc/ojs2/index.php/seerpsicoc/article/view/3695/2311>
15. Fiorin JL. Linguagem e ideologia. São Paulo: Ática; 2011.
16. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [citado 2016 abr. 11];15(5):2297-305. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>
17. Dutra VFD, Oliveira RMP. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. *Aquichán* [Internet]. 2015 [citado 2016 mar 10];15(4):529-40. Disponível em: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3756/pdf>
18. Gazignato ECS, Castro e Silva CR. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [citado 2016 maio 02];38(101):296-304. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0296.pdf>
19. Scheibel A, Ferreira LH. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. *Rev Baiana Saúde Pública* [Internet]. 2011 [citado 2016 jan 20]; 35(4):966-83. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n4/a2821.pdf>

