

■ Artigo Original

O cuidado ao usuário de crack: estratégias e práticas de trabalho no território

Caring for crack users: strategies and work practices in the territory

Cuidado al usuario de crack: estrategias y prácticas de trabajo en el territorio



Aline Basso da Silva^a
Leandro Barbosa Pinho^a
Agnes Olschowsky^a
Débora Schlotfeldt Siniak^a
Cristiane Kenes Nunes^a

Como citar este artigo:

Silva AB, Pinho LB, Olschowsky A, Siniak DS, Nunes CK. O cuidado ao usuário de crack: estratégias e práticas de trabalho no território. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(esp):e68447. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68447>.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68447>

RESUMO

Objetivo: Conhecer estratégias de cuidado ao usuário de crack no território a partir da realidade de um Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS AD).

Método: Estudo qualitativo e descritivo. Os dados foram coletados por meio de entrevista, realizada com oito profissionais de um CAPS AD da região metropolitana de Porto Alegre, entre os meses de fevereiro e março de 2013. Para análise dos dados utilizou-se a análise temática.

Resultados: Foram apontadas, a partir dos dados analisados, estratégias de cuidado no território como: as equipes itinerantes, as visitas domiciliares, a clínica ampliada e a importância do território de trabalho ser o mesmo da residência do profissional.

Conclusão: O cuidado no território mostra-se como uma inovação para o campo da Saúde Mental, visto que permite uma atenção em saúde voltada para o contexto social, cultural e histórico dos usuários.

Palavras-chave: Saúde mental. Reforma dos serviços de saúde. Enfermagem. Políticas públicas. Usuários de drogas.

ABSTRACT

Objective: To know the care strategies for crack users in Brazil from the perspective of the Centre of Psychosocial Care for Alcohol and Other Drugs (CAPS AD).

Method: This is a qualitative descriptive study. Data were collected by means of interviews conducted with eight professionals of a CAPS AD in the metropolitan region of Porto Alegre, between February and March 2013. Data were subjected to thematic analysis.

Results: The analysed data revealed the use of care strategies, such as itinerant teams, home visits, and the extended clinic, and that the work territory should essentially be the home of the professional.

Conclusion: Care in the territory is considered an innovation in the field of mental healthcare because it enables care that focuses on social, cultural, and historical context of users.

Keywords: Mental health. Healthcare reform. Nursing. Public policies. Drug users.

RESUMEN

Objetivo: Conocer las estrategias de atención al usuario grieta en el territorio de la realidad de un centro de atención psicossocial contra el alcohol y otras drogas (CAPS AD).

Método: Se trata de un estudio cualitativo y descriptivo. Los datos fueron obtenidos con entrevistas a ocho profesionales de un CAPS AD de la región metropolitana de Porto Alegre, entre los meses de febrero y marzo de 2013. Para el análisis de los datos se utilizó el análisis temático.

Resultados: Sugieren las siguientes estrategias de atención: equipos itinerantes, visitas domiciliarias, la clínica ampliada y la importancia del territorio de trabajo ser el mismo que el de la residencia del profesional.

Conclusión: El cuidado en el territorio se presenta como una innovación en el campo de la Salud Mental, ya que permite una atención a la salud centrada en el contexto social y cultural de los usuarios.

Palabras clave: Salud mental. Reforma de la atención en salud. Enfermería. Políticas públicas. Consumidores de drogas.

^a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

O uso abusivo de drogas, principalmente as substâncias ilícitas, destacando-se o crack, vem sendo foco de grande preocupação mundial e constitui atualmente um grave problema de saúde pública⁽¹⁻²⁾. A dependência química pode gerar alguns prejuízos para a saúde física, mental e implicações na vida familiar e social⁽³⁾.

A despeito da complexidade e da magnitude do consumo abusivo de substâncias psicoativas, a atenção à saúde de usuários e de suas famílias ainda se defronta com significativas lacunas assistenciais. A formulação de políticas públicas, que historicamente enfatizaram as ações de repressão da oferta e da demanda e o modelo voltado somente à doença, demonstraram a necessidade de discussão nas políticas públicas de saúde⁽⁴⁾.

Essas Políticas públicas precisam ser embasadas nos pressupostos da reforma psiquiátrica, em que a atenção aos usuários de crack e outras drogas não pode ser somente hospitalocêntrica, pensando serviços de saúde com base territorial. Tais serviços oferecem uma forma inovadora de cuidado, em que a reabilitação social e o cuidado no âmbito do território estão dentre os eixos que norteiam as práticas dos profissionais da atenção psicossocial, que transcendam aspectos meramente biológicos e buscam ir ao encontro também dos contextos de vida das pessoas.

Esse território de que falamos não é apenas físico, um mapeamento do espaço para oferta de ações dos serviços de saúde. Trata-se de um conceito mais amplo, um território-rede, uma teia complexa formada por relações sociais e de poder. Um território que também é Político, social e cultural, o lugar onde as pessoas constroem suas histórias de vida. Assim, esse espaço é formador de diversas redes descontínuas, com superposição de vários territórios e territorialidades que se complementam ou se contradizem⁽⁵⁾.

Na prática, esses territórios são as redes formadas pelas relações da população com os serviços de saúde, com seus contextos de vida, com seus locais de vivência, de uso de drogas, de relações sociais, que são móveis, autônomos e se transformam a partir dessas interpelações.

Diante disso, reflete-se que é a partir do território que se dão as primeiras respostas à demanda dos problemas relacionados à saúde mental. Considerado não apenas um lugar para práticas de saúde, mas onde se encontram todos os recursos, a base do trabalho, o local de residência, espaço de trocas materiais e subjetivas, sobre as quais ele influi, é onde as relações são estabelecidas.

Em adição a todos os aspectos já apresentados, pode-se ainda identificá-lo por um emaranhado de várias redes, como a rede de serviços de saúde e a rede de saúde

mental; além dessas, as demais redes comunitárias, de trabalho, apoio e vizinhança. Apontado como um elemento estratégico no novo cenário da saúde mental, visto que possibilita a inclusão e o resgate da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico também compreende um conjunto de forças sociais, com possibilidade de acionamento ou reformulação⁽⁶⁾. Portanto, entende-se que é em meio a essa nova configuração que os serviços de saúde mental devem atuar e pautar suas ações aos usuários de drogas.

Dentro dessa premissa, destaca-se a importância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviços estratégicos do processo de reforma. Cabe a eles estabelecer as pontes necessárias entre o serviço e o território, compreendendo os problemas sociais e, articulado a outros serviços e pessoas, intervir sobre as necessidades de saúde delas. O CAPS deve, de acordo com os preceitos reformistas, aproximar-se do território como sendo palco dos movimentos da vida. Alguns estudos⁽⁷⁻⁸⁾ procuram demonstrar a importância dessa relação, mas também apontam que o próprio CAPS, quando tem dificuldades de transitar pelo território, corre o risco de ficar encapsulado⁽⁹⁾, desarticulado da rede.

Pensamos o trabalho no território, incorporando o território enquanto um local rico de histórias de vida e existências pode trazer muitos benefícios para a relação profissional e usuário, buscando a autonomia do usuário em seu processo de cuidado e percepção da droga para além da doença, como também, em sua complexidade a partir do contexto de vida dos sujeitos.

Com base no exposto, a questão que embasa esta proposta de pesquisa é: Quais são as estratégias de cuidado ao usuário de crack que o CAPS realiza para/no território? E, como objetivo do estudo, conhecer as estratégias de cuidado ao usuário de crack no território, a partir da realidade de um Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS AD).

■ MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo proveniente de um recorte da dissertação "O cuidado ao usuário de crack: análise da concepção de território de trabalhadores de um CAPS AD"⁽¹⁰⁾.

O campo de estudo foi o CAPS AD de uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre/RS, um serviço que atende em média 200 usuários, trabalhando na perspectiva de porta aberta, em que todos os usuários e familiares são acolhidos e orientados pelas premissas da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental. Os participantes da pesquisa foram oito profissionais, os critérios de inclusão para participar do estudo foram: trabalhar há pelo

menos seis meses no CAPS AD, e como critério de exclusão estar de licença médica e/ou desfrutando de férias.

Desta forma, a equipe participante foi composta por dois psicólogos, um médico psiquiatra, um terapeuta ocupacional, um oficinheiro, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um auxiliar administrativo. Um profissional foi excluído por estar em licença-saúde e outro por gozar suas férias no período da coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu por meio de uma entrevista aberta com a seguinte pergunta norteadora: "Fale-me o que você entende por território no cuidado ao usuário de crack". As entrevistas tiveram duração de 20 a 30 minutos. O período de coleta de dados foi entre os meses de fevereiro a março de 2013.

A análise dos dados ocorreu por meio da Análise de conteúdo, modalidade temática que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico a ser estudado⁽¹¹⁾. Possui três fases, que são: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos dados empíricos.

Na primeira fase, iniciou-se a constituição do *corpus*, a partir da transcrição das informações obtidas das entrevistas. Nela foi realizada uma leitura flutuante do material identificando aspectos que respondessem os objetivos da pesquisa.

A segunda fase é a exploração do material, que consiste na operação de codificação, a partir daquilo que se considera como sendo a "criação de núcleos para a compreensão do texto". Assim, desenvolveram-se as "unidades de informação", que indicavam informações e ideias específicas em cada entrevista. Foi criado um quadro teórico com as "unidades de informação" que, agrupadas, formaram "unidades de significado", as quais geraram, por fim, duas categorias de análise.

A terceira e última fase consistiu no tratamento dos resultados obtidos e interpretação, na qual os resultados brutos foram analisados e debatidos à luz da literatura da área. Neste artigo, serão discutidos aspectos da segunda categoria de análise que engloba as estratégias de cuidado ao usuário de crack no território, a partir da realidade de um Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas.

O projeto foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), recebendo parecer favorável à execução (protocolo 20157/2011). Foi também, por solicitação do CEP/UFRGS, avaliado pelo CONEP/MS, recebendo parecer favorável à sua execução (parecer 337/2012), enquanto um subprojeto da pesquisa "Avaliação qualitativa da rede de serviços em saúde mental para usuários de crack".

Foram respeitadas as questões éticas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹²⁾ que trata do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para manter o anonimato, os integrantes da equipe foram identificados com a inicial "E", seguido da ordem em que apareceram na entrevista. Exemplo: E6, E3.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

A categoria "Estratégias de cuidado no território", em que quatro profissionais, dentre os oito, trazem reflexões práticas para abordagem do conceito de território, para além do físico, como também que compreenda os modos de vida da população.

Estratégias de cuidado no território - reflexões práticas para abordagem do conceito de território que compreenda os modos de vida da população.

O cuidado no território propõe uma nova maneira de fazer clínica, diferente da clínica tradicional (baseada no controle e na tutela). Essa nova clínica considera o usuário como ator ativo no processo do cuidado, incorporando sua experiência de vida e seu local de moradia na constituição de novas ações de saúde mental. Observam-se algumas considerações da Equipe de Saúde Mental sobre o tema:

Então, a ideia de formar uma equipe itinerante é pensando nisso, que é esses usuários que não vêm ao CAPS, que não têm o CAPS como parte, às vezes tem [...] Enfim, já vieram aqui uma vez e não voltaram mais, não acreditam que o CAPS possa ser um serviço que ajude, que não tem uma organização subjetiva pro CAPS ser um território ocupado, e por aí que a gente vem pensando: não, mas temos que ir ao encontro a essas pessoas, a gente tem que ir pra rua... E daí, tá, pensamos mais estruturalmente e nomeamos assim, tentamos nomear de Equipe Itinerante, e o plano é que diariamente a gente tenha uma equipe, que não é a equipe toda do CAPS, porque a gente precisa ter pessoas aqui dentro também, mas uma parte da equipe que vá fazer essa inserção no território e aí o território pode ser a casa, pode ser a rua, pode ser o sujeito singularmente, pode ser um grupo, pode ser uma zona vulnerável [...] (E7).

Temos muitos vetores de fuga no território geográfico, de ir atrás dos usuários, fazendo uma VD. Na medida em que temos uma família dentro de uma casa de um bairro, isso modifica alguma coisa nessas relações com o usuário, com o território [...] (E1).

Os profissionais do CAPS AD apontaram duas estratégias de cuidado que reforçam o espaço social como lócus

de atuação do serviço. Um dos profissionais propõe a criação de equipes itinerantes como possibilidade para o cuidado no território. Essa estratégia é adequada para usuários que não reconhecem no CAPS um dispositivo de cuidado, que possuam vínculos frágeis com o serviço e tenham dificuldades de acessá-lo. O profissional ressaltou a importância da equipe, estar onde as pessoas estão, na rua, na cidade, na casa, propondo novos projetos de vida para a população e inserindo os profissionais nessa realidade.

O termo "itinerância" é a utilização de tecnologias de cuidado que objetivam o deslocamento do profissional até o território dos usuários. A itinerância busca maior cobertura de ações de cuidado ao alcançar grupos populacionais com maior dificuldade de acesso e de criação de vínculo, como moradores de rua, indígenas, nômades e usuários de droga, que não se adaptam ao modelo tradicional de tratamento dos serviços⁽¹³⁾.

A equipe itinerante não deixa de ser um movimento político que age em contato com os elementos do território, afetando-o de algum modo e sendo afetado por ele. A construção da itinerância pode ocorrer por meio de três elementos: o movimento de encontro com o usuário no território, os movimentos ocasionados pelo processo de acompanhamento do trabalhador com o usuário (construindo seu pertencimento no território) e, por fim, a invenção de novos caminhos no pensamento e no real social⁽¹³⁾.

Segundo o depoimento de E7, o CAPS é um serviço interno, devendo possuir uma equipe que trabalhe "dentro" de seu espaço. No entanto, a construção de equipes itinerantes traria a possibilidade de inserção do profissional no território do usuário, conhecendo seu cotidiano, o que ensinaria novas alternativas de cuidado e permitiria acessibilidade a usuários que não enxergam o CAPS como um local de cuidado.

Em contrapartida, E1 abordou a realização de visitas domiciliares como uma estratégia importante de inserção no território. Ele relatou que o fato de o serviço estar em um espaço, em um bairro, em uma cidade, e de haver famílias e populações envolvidas, já aponta a necessidade de criar relações entre equipe e território, sendo a visita domiciliar uma estratégia de cuidado.

A visita domiciliar é um potente instrumento de cuidado no território, pois é por ela que o profissional pode se inserir no contexto familiar e prestar assistência a todos os envolvidos, não considerando somente os problemas do usuário, mas também os fatores sociais, se constituindo, também, como um momento no qual se estabelece vínculo por meio do acolhimento e da escuta qualificada, movimentando as relações⁽¹⁴⁾.

É importante destacar que a visita domiciliar se trata de uma atividade pontual no processo de trabalho: o profissional vai até a casa do usuário e retorna ao serviço de saúde, conhecendo o ambiente familiar daquele dele, mas inserindo-se pouco naquele contexto. Já a construção de equipes itinerantes propõe uma mudança de modelo de cuidado: o profissional tem no território um espaço de atuação, provocando encontros entre usuários e trabalhadores por meio da inserção do profissional no ambiente de vida do usuário.

Assim, a itinerância demonstrou que a ocupação do território dos sujeitos pelo profissional é uma estratégia potente na atenção ao usuário de crack. Isso porque há um deslocamento do olhar do trabalhador para o contexto da população. A estratégia de cuidado no território exposta pelo E7 corrobora esse tipo de processo de trabalho, que não se vincula ao contexto interno do serviço de saúde, mas aos espaços sociais da comunidade – o bairro, a cidade, o território –, incorporando-os como locais de cuidado.

Os profissionais do CAPS AD apontaram mudanças importantes e necessárias em seu processo de trabalho, reconhecendo uma clínica ainda voltada para o interior do serviço, com ações pontuais para a saída no território, como as visitas domiciliares. No entanto, essas ações ainda não abrangem a complexidade do território de vida da população, bem como, esses espaços de uso de drogas e existências que remontam a relação do usuário com a droga, com suas redes sociais e com desejo de cuidado. A pesquisa apontou a necessidade de transformações nas práticas de saúde mental, que devem incluir esse território de vida e existência como local de cuidado.

Pensando o território como local de cuidado, espaço potente para a prática em atenção psicossocial, são trazidas as seguintes colocações:

[...] falando um pouco na dependência química, em usuário de crack, a gente não pode deixar de pensar em projetos de vida, potência de vida de estar explorando essas questões no território daquele sujeito. E acho que, no serviço de saúde, a gente, aqui no CAPS AD, a gente tem a preocupação de ver aquele indivíduo além da doença. Se pensando a nível de usuário de crack no território, a gente tem que pensar na família daquele sujeito, nos amigos daquele sujeito, no que aquela pessoa faz durante o dia, faz durante a noite, o que ela faz além do trabalho, o que ela faz além do CAPS [...] E acho que, quanto mais possibilidades de oferta tiver nesse território, melhor para aquele sujeito estar investindo em outras possibilidades de vida, além daquele uso de substância química (E2).

O trabalhador se coloca preocupado com a construção de uma clínica do sujeito, que pense para além da doença e crie projetos de vida a partir do contato com a realidade dos usuários de crack, da relação com sua família, de seu cotidiano, de seus afetos e desafetos. A fala exprime a necessidade dos profissionais descobrirem sobre o sujeito, seu território e suas relações, visto que isso permite a construção de um cuidado potente e criativo. Investir nas possibilidades de cuidado no território é investir na vida e construir uma nova relação do usuário com a substância química.

Pensando o cuidado no território na saúde mental, percebe-se uma nova forma de organizar os processos de trabalho e produzir ações de cuidado. Busca-se o trabalho em equipe interdisciplinar a partir das necessidades individuais dos usuários, abarcando suas diversas dimensões: biológica, cultural, existencial, socioeconômica, política e religiosa. Tendo o usuário como norte, seu território e a complexidade de formar projetos terapêuticos que reconheçam a amplitude de questões que envolvem o sujeito, a equipe precisa trabalhar em conjunto, rompendo a fragmentação de saberes e hierarquização de relações⁽¹⁵⁾.

A Clínica Ampliada e Compartilhada refere-se à ampliação do cuidado em saúde para o todo, valorizando o ser humano integralmente, com respeito a sua individualidade. A compreensão da clínica ampliada vai além do cuidado guiado por técnicas e protocolos, esta assume um cuidado compartilhado e interdisciplinar. Além disso, as práticas de saúde desenvolvidas neste contexto tornam o ambiente permeado de criatividade, cuidado singular, escuta e compartilhamento de conhecimento⁽¹⁶⁾.

Consequentemente, o cuidado no território está associado às formas de fazer clínica, sendo necessário um deslocamento de modelo de cuidado que incorpore uma clínica do sujeito no contexto dos serviços substitutivos.

Com a formação e reformulação da clínica, temos a construção de projetos de vida que enxerguem o sujeito e seu espaço social em sua totalidade, trazendo a utilização de crack como parte da existência do indivíduo, e não como foco de atendimento. A possibilidade de nova relação do usuário com a substância pode ser possível com a criação de novos espaços de cuidado no território, bem como com a percepção das reais necessidades do sujeito, trabalhando a qualidade de vida e o usuário para além do crack.

Trabalhar com o sujeito envolto em seus processos sociais e não somente com a dependência química é pensar estratégias de cuidado no território, a mudança seria incluir suas vivências, suas histórias de vida, suas relações sociais e seus contextos como norteadores deste cuidado, criando espaços de abertura da rede para a comunidade, territórios vivos, territórios usados.

Estes territórios na saúde englobam características físicas de uma dada área e também as marcas produzidas pelo homem, suas relações sociais, a forma como se organizam e transitam por esse território. Há uma inseparabilidade estrutural, funcional e processual entre a sociedade e o espaço geográfico. É um território usado, pois é um recorte ou fração do espaço qualificado pelo sujeito, espaço vivido pelo homem⁽¹⁷⁾.

Outro depoimento abordou estratégias de cuidado no território, trazendo-o para além de um espaço de cuidado, mas também como local de residência do profissional:

[...] têm várias formas de ver o território, o meu território com os usuários não só a serviço que eu trabalho, é também o local que eu resido. O que acho importante é, não acontece em todos os serviços de saúde, mas que eu acho que seria importante, seria relevante, tu morar no território que tu trabalha, daí tu tem uma percepção maior [...] Eu acho assim: no momento que tu reside no local do trabalho, eu acho que tu tem uma visão maior do território [...] Pra mim se torna mais fácil tendo o cotidiano dentro do trabalho e ele se torna uma extensão do serviço. Um exemplo que eu tenho disso é que vários usuários moram no lugar onde eu moro, eu venho de ônibus com ele, eu cumprimento eles, eles vem aqui, eu também cumprimento, então tem essa coisa que é uma continuidade do meu território de trabalho, ao mesmo tempo a minha residência, e isso cria um elo bem interessante, bem legal, tanto do tratamento do usuário, ou ter pertencimento do território meu com o dele do meu [...] (E6).

O participante do estudo destacou a importância de o profissional residir no mesmo território do usuário, o que possibilita que o trabalhador compreenda melhor o contexto em que o usuário está inserido, facilitando o trabalho no território. Essa ideia é utilizada na atenção básica do SUS, em que, nas Estratégias de Saúde da Família, o profissional Agente Comunitário deve residir no mesmo local de trabalho, aumentando o vínculo com os usuários e facilitando as ações de promoção de saúde para o território.

Pensando o cuidado no território como uma teia complexa, formada por diversos serviços, profissionais, usuários e dispositivos de cuidado, considera-se que o profissional não precisa necessariamente ter residência no território do usuário, desde que “ocupe o” na construção de propostas de cuidado, de modo que haja uma maior articulação em rede e de diferentes territórios.

Nesse contexto, a atenção básica pode ser uma importante aliada no cuidado ao usuário de crack, uma vez que, está inserida no território e compreende o modo de vida

dessas pessoas, o que propicia a atuar mais efetivamente sobre as necessidades de saúde que elas apresentam⁽¹⁸⁾.

O cuidado em saúde mental tem como característica inerente do seu processo o desenvolvimento de práticas singulares, baseadas na construção do vínculo com a família, usuário e sua comunidade, criando estratégias no território⁽¹⁹⁾. A atenção básica, por ser um serviço junto ao território, pode estar mais próximo de estratégias que reconheçam os modos de vida das pessoas e os incluam em seus projetos terapêuticos de cuidado.

Compreende-se, então, que o fato de os profissionais do CAPS residirem no mesmo território do usuário pode reforçar a ideia de que o CAPS é o “centro” da rede de saúde mental, única referência para o cuidado. No entanto, o CAPS deve ser um serviço voltado para o território, buscando a comunicação com outros dispositivos⁽²⁰⁾.

Na prática, o desafio continua sendo a composição de uma rede móvel, flexível e resolutiva, que facilite o trânsito do usuário e acolha suas diferentes demandas. No âmbito da gestão, buscam-se alternativas frente à demanda de linhas de cuidado e sistemas de referência e contrarreferência para consolidação do desafio da construção de redes. Identificam-se, no momento, muito mais serviços isolados, fechados em suas rotinas, do que redes articuladas para atender a demanda do usuário. Para a composição de uma rede móvel, flexível e resolutiva, é necessária a comunicação e a busca por uma boa articulação entre dispositivos da rede^(15,20).

Assim, o cuidado no território precisa reconhecer a multiplicidade de suas dimensões, incorporando estratégias, tanto no campo macropolítico como na micropolítica do serviço. É necessária a construção de redes de cuidado dispostas no território, que ampliem relações entre os trabalhadores e usuários, melhorando o acesso e a comunicação do serviço com a realidade. Os profissionais, usuários e familiares são atores deste processo de construção do cuidado no território, e o desafio é a consolidação de uma clínica do sujeito, que não se apoie somente na doença e na dependência química para elaboração de planos de cuidado.

Precisamos de estratégias que incorporem o espaço social como local de saber e de prática, que mudem os paradigmas do cuidado, pois só assim será possível consolidar a proposta da Reforma no que se refere à cidadania, à reabilitação social, ao acolhimento e à inclusão dos usuários em seu espaço de vida.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidar no território mostrou-se como uma inovação para o campo da Saúde Mental, visto que, permite uma

atenção em saúde voltada para o contexto social, cultural e histórico dos usuários. Desta forma, é possível a reinserção social e a busca de novos olhares para o tratamento que não se limitam a estratégias dentro dos serviços.

As equipes itinerantes fazem com que o cuidado vá até o lugar onde as pessoas estão, conhecendo os espaços comunitários, a verdadeira realidade do usuário de crack, e possibilitando uma atenção em saúde que contemple os desejos, as vivências e os espaços sociais em que os usuários habitam. Essa estratégia é imprescindível para usuários que não reconhecem no CAPS um dispositivo de cuidado, que possuem vínculos frágeis com o serviço e têm dificuldades de acessá-lo.

As formas de “fazer clínica” podem criar uma nova relação do indivíduo com a droga. Uma clínica que visualiza o sujeito e sua existência em seu espaço social tira o foco somente da utilização da droga, buscando resgatar suas histórias de vida. Assim, pela percepção das reais necessidades do usuário, pelo interesse em conhecê-lo e contextualizar a utilização da droga, percebe-se uma clínica ampliada do sujeito que pode criar possibilidades para novos espaços de cuidado que reconheçam o território.

Foi apontado como estratégia de cuidado no território, o fato de o território de residência do profissional do CAPS AD ser o mesmo do território do usuário. Assim, torna-se importante problematizar que essa ideia é trazida na atenção básica, em que os agentes comunitários devem residir no mesmo local de moradia da população para que estreitem seus vínculos e ampliem seu ponto de vista acerca daquele contexto social. O território, na perspectiva de uma teia complexa de relações, que se articula, complementando-se e contradizendo-se, demonstra a necessidade de o CAPS se comunicar com outros dispositivos da rede, como a atenção básica. Portanto, essa estratégia de cuidado no território pode fortalecer a ideia de o CAPS AD ser o “centro” da rede e, muitas vezes, a única referência para o cuidado em saúde mental.

Os achados também demonstraram que a visita domiciliar é um potente instrumento de cuidado no território, constatou-se que, por meio dela, é possível conhecer o ambiente familiar e o contexto social na qual o usuário e seus familiares estão inseridos, e prestar assim a assistência a todos os envolvidos. Contudo, essas ações podem ser pontuais, ressaltando que a proposta de equipes itinerantes, oferece um modelo de cuidado que amplia o espaço de atuação, para além do ambiente de moradia do usuário, mas ocupando o seu território vivido.

Refletimos que no momento em que o território é incorporado enquanto um espaço de cuidado pode levar a transformações nas práticas de saúde mental, isso quan-

do o observamos para além de um espaço físico, mas que compõem as culturas, as histórias, os afetos, um local social o qual permite a construção de novos olhares sobre a saúde e o uso de drogas. Assim, o foco é o sujeito e sua relação com a droga e sociedade e não somente a dependência física e química que geram uma “doença”. Essas transformações práticas incluem construção de equipes nos territórios, articulações em redes de diferentes dispositivos e modos diferentes de fazer clínica nos serviços: a clínica dos sujeitos.

Importa destacar como limitação desse estudo, a realização desta pesquisa a partir de um serviço de saúde mental, o CAPS AD, assim os resultados não podem ser generalizáveis para outros serviços. Sugere-se que novos estudos nesta perspectiva sejam desenvolvidos, buscando novas pesquisas e práticas que contemplem a percepção dos usuários sobre o cuidado no território, suas compreensões sobre o tema, experiências e expectativas de um tratamento que possibilite outros espaços além dos serviços de saúde.

■ REFERÊNCIAS

1. Vogel NW, Slob EMGB. Crack: o que se sabe e o que deve-se saber sobre essa droga tão poderosa. *Rev Saúde Desenvolvim*. 2014;6(3):167-84.
2. Medeiros KT, Maciel SC, Sousa PF, Tenório-Souza FM, Dias CCV. Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. *Psicol Estudo*. 2013;18(2):269-79.
3. Magalhães DEF, Silva MRS. Cuidados requeridos por usuários de crack internados em uma instituição hospitalar. *REME Rev Min Enferm*. 2010;14(3):408-15.
4. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(11):2309-19.
5. Souza ML. O território: sobre espaço e poder: autonomia e desenvolvimento. In: Castro IE, Gomes PCC, Corrêa RL, organizadores. *Geografia: conceitos e temas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001. p. 77-116.
6. Dutra VFD, Oliveira RMP. Revisión integradora: las prácticas territoriales de cuidado en salud mental. *Aquichan*. 2015;15(4):529-40.
7. Pinho LB, Hernandez AMB, Kantorski LP. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contribuições e potencialidades. *Cienc Cuid Saude*. 2010;9(1):28-35.
8. Santos MRP, Nunes MO. Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil. *Interface - Comunic Saude Educ*. 2011;15(38):715-26.
9. Leão A, Barros S. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde Soc*. 2012;21(3):572-86.
10. Silva AB. O cuidado ao usuário de crack: análise da concepção de território de trabalhadores de um CAPS AD [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
11. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*. 2013 jun 13;150(112 Seção 1):59-62.
13. Lemke RA, Silva RAN. Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. *Physis*. 2011;(3):979-1004.
14. Antunes B, Coimbra VCC, Souza SA, Argiles CTL, Santos EO, Nadal MC. Visita domiciliar no cuidado a usuários em um centro de atenção psicossocial: relato de experiência. *Cienc Cuid Saude*. 2012 jul/set;11(3):600-4.
15. Sampaio JJC. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Cienc Saúde Coletiva*. 2011;16(12):4685-94.
16. Sousa YG, Medeiros SM, Enders BC, Chaves AEP, Araújo MS. Multidisciplinary working process of the psychosocial care centers in the extended clinic context. *Int Arch Med*. 2016 jun;9(98).
17. Santos M. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. 9. ed. São Paulo: Cortez; 2006.
18. Schneider JF, Roos CM, Olschowsky A, Pinho LB, Camatta MW, Wetzel C. Atendimento a usuários de drogas na perspectiva dos profissionais da estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2013 jul/set;22(3):654-61.
19. Andrade AB, Bosi MLM. Qualidade do cuidado em dois centros de atenção psicossocial sob o olhar de usuários. *Saúde Soc*. 2015;24(3):887-900.
20. Liberato MDM. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. *Cad Bras Saúde Mental*. 2009 jan/abr;1(1):1-10.

■ Autor correspondente:

Aline Basso da Silva

E-mail: alinee_basso@hotmail.com.br

Recebido: 30.09.2016

Aprovado: 01.02.2017