

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS CURSO DE
PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU – ESPECIALIZAÇÃO EM POLÍTICAS DE
SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Livia Aparecida da Silva Gregório

PARA ALÉM DA SAÚDE: Intersecção entre saúde e questões sociais no cuidado
dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas – um
relato de experiência.

Belo Horizonte

2025

LIVIA APARECIDA DA SILVA GREGÓRIO

PARA ALÉM DA SAÚDE: Intersecção entre saúde e questões sociais no cuidado dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas – um relato de experiência.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Professora Ma. Paula Lúcia de Moura Pinto

Belo Horizonte

2025

G818p

Gregório, Livia Aparecida da Silva.

Para além da saúde: intersecção entre saúde e questões sociais no cuidado dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas – um relato de experiência. / Livia Aparecida da Silva Gregório. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2025.

21 f.

Orientador(a): Paula Lúcia de Moura Pinto.

Monografia (Especialização) em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Inclui bibliografia.

1. CAPS AD. 2. Políticas Públicas. 3. Vulnerabilidade. 4. Cuidado. I. Pinto, Paula Lúcia de Moura. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WM 30

LÍVIA APARECIDA DA SILVA GREGÓRIO

PARA ALÉM DA SAÚDE: Intersecção entre saúde e questões sociais no cuidado dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas – um relato de experiência.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Banca Examinadora:

Professora Ma. Paula Lúcia de Moura Pinto

Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

Professora Especialista Luzmarina Morello

Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

Maria Tereza de Almeida Granha Nogueira

Funcionária efetiva da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

Belo Horizonte

2025

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pelo amparo, proteção e força ao longo de toda essa jornada.

Aos meus familiares, que com amor, paciência e dedicação ajudaram a cuidar dos meus pequenos na minha ausência, tornando possível a realização deste trabalho.

Agradeço à Escola de Saúde Pública pelo conhecimento, sabedoria e acolhimento, um divisor de águas na minha vida.

À minha querida orientadora, Paula, pelo suporte técnico, pela orientação dedicada e pelo amparo emocional. Sua maestria e compreensão foram fundamentais para que eu não desistisse e pudesse concluir este desafio.

Muito obrigada a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

Resumo

Este trabalho tem como objetivo analisar o papel social do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III) em um município de médio porte no Sul de Minas Gerais, com uma população de 80 mil habitantes. A pesquisa busca entender em que medida é possível dissociar o tratamento das questões sociais que permeiam o sofrimento de indivíduos afetados pelo uso problemático de álcool e outras drogas. A relevância deste estudo reside na necessidade de aprimorar o modelo de atenção psicossocial, garantindo um cuidado mais eficaz que respeite a complexidade das demandas dos usuários e o contexto social em que estão inseridos.

Palavras chaves: CAPS AD; políticas públicas; vulnerabilidade; cuidado.

Abstract

This study aims to analyze the social role of the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs III (CAPS AD III) in a medium-sized municipality in the southern region of Minas Gerais, with a population of 80,000 inhabitants. The research seeks to understand to what extent it is possible to dissociate treatment from the social issues that underlie the suffering of individuals affected by the problematic use of alcohol and other drugs. The relevance of this study lies in the need to improve the psychosocial care model, ensuring more effective care that respects the complexity of users' needs and the social context in which they are embedded.

Keywords: CAPS AD; public policies; vulnerability; care.

SUMÁRIO

1 . INTRODUÇÃO	6
2. DESENVOLVIMENTO	7
2.1. Trajetórias percorridas até a escolha do tema	7
2.2. A rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município	9
2.3. Desafios encontrados com a inauguração do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD III)	10
2.4. Articulação entre a RAPS e a rede de proteção social do município .	14
2.5. A noção de rede de cuidado e responsabilização	16
3. CONCLUSÃO	17
3.1. Questões sociais e tratamento: é possível fazer essa separação em um CAPS ad?.....	17
4 . REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

1. Introdução

A saúde mental é um tema de crescente relevância nas políticas públicas de saúde no Brasil, especialmente no que diz respeito ao atendimento de pessoas em situação de vulnerabilidade devido ao uso problemático de álcool e outras drogas. O CAPS AD III se destaca como um serviço fundamental na articulação do cuidado, mas surge a questão: É possível no cuidado Psicossocial dividir ao meio: O tratamento de sujeitos em sofrimento devido uso abusivo de álcool e outras drogas, com questões relacionadas falta de moradia, alimentação, higiene pessoal?

Para a realização deste estudo, será utilizado o relato de experiência sobre a transição de um CAPS AD II para um CAPS AD III, abordando os desafios enfrentados e as estratégias adotadas para qualificar o atendimento. O CAPS AD foi inaugurado em abril de 2013. O Município Paraíso possui um hospital psiquiátrico, o que reforça a cultura da internação. Assim, a implementação do CAPS AD III se deu a partir da necessidade de ampliar os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), contribuindo assim, para reduzir o grande número de internações psiquiátricas no município. Internações estas que, em sua maioria, se fazem a partir de demandas judiciais.

É importante ressaltar que os CAPS AD III são serviços abertos e comunitários substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. A portaria do Ministério da Saúde de nº 130 de 26 de janeiro de 2012 redefine esse serviço como:

[...] Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados (Brasil, 2012).

A relevância desta pesquisa, reside na necessidade de compreender como o modelo de atenção psicossocial pode ser aprimorado para garantir um cuidado mais eficaz, respeitando a complexidade das demandas dos usuários levando em consideração o contexto social em que o sujeito está inserido, como descreve Santos:

É necessário o entendimento pelo profissional de que são sujeitos inseridos em um contexto histórico, submetidos à organização da sociedade de determinada forma, e que as diferentes relações estabelecidas individualmente com as drogas não ocorrem de forma desconectada desse contexto (Santos, 2022, página 95).

O autor afirma ainda que, se essas dimensões não são levadas em consideração, corre o risco de não se abordar questões que fazem parte do contexto social e que transpõe a vida e as complexas interações que influenciam as relações das pessoas como questões apenas individuais, comprometendo diretamente o tratamento.

Os usuários do CAPS AD III frequentemente enfrentam múltiplas vulnerabilidades que impactam diretamente sua vida. A oferta de cuidados básicos, como alimentação, higiene e abrigo, fazem parte do cuidado que trabalha a lógica psicossocial. Importante destacar também a necessidade de uma abordagem integrada que considere as especificidades de cada indivíduo e seu contexto social. O CAPS AD III desempenha um papel social crucial no atendimento às pessoas em sofrimento devido ao uso de álcool e outras drogas. A intersecção entre saúde mental e questões sociais é evidente, e a separação entre esses aspectos pode comprometer o cuidado que deve ser oferecido a esse público. Portanto, é fundamental que as políticas públicas de saúde mental integrem ações que atendam às necessidades sociais dos usuários, promovendo um cuidado que contemple as reais necessidades dos indivíduos.

2. Desenvolvimento

2.1 Trajetórias percorridas até a escolha do tema

Inicialmente, a proposta era abordar o relato de experiência da Assembleia de usuários, como dispositivo para mudança de rotina dentro de um CAPS AD III, considerando-as como um dos poucos espaços em que os usuários poderiam exercer efetivamente seu direito a fala e participação, seja por meio de reivindicações, sugestões, elogios e propostas. No entanto, durante o processo de elaboração do tema, percebeu-se que as assembleias, no serviço em questão, limitavam-se a um espaço destinado apenas à resolução de questões internas administrativas, tais como o planejamento de atividades, alterações nos horários das oficinas e o cronograma de eventos comemorativos. Compreende-se que tais temáticas também são passíveis de discussão no espaço de assembleia, mas não só.

Apesar de a assembleia dos usuários ter sido aberta a todas as pessoas que

fazem tratamento no serviço, foi percebido que os espaços foram se tornando cada vez mais esvaziados. Os esforços para discutir o protagonismo dos usuários, seus direitos e deveres, novas propostas de cuidado, não avançavam, tornando a dinâmica da assembleia refletida em uma lógica de tutela e decisões que não os envolviam e/ou contemplavam.

A exemplo da ausência de compreensão de cuidado em liberdade e pautado na política de redução de danos, pouco estimulada por profissionais, tornara-se comum reivindicações que iam na contramão da noção de tais perspectivas. A exemplo de usuários que solicitavam instalações de câmeras de segurança no pátio, a fim de que os profissionais pudessem “vigiar” as pessoas e também foram propostas punições para aqueles que descumprissem as regras do serviço, incluindo a suspensão do tratamento. O conteúdo discutido nas assembleias frequentemente refletia o olhar de parte da equipe, marcada por um senso de controle sobre os corpos, especialmente os profissionais de enfermagem. Essa postura evidenciava uma lógica de vigilância e punição no qual será descrito posteriormente neste estudo.

A obra *Vigiar e Punir* (Foucault, 1975) oferece importantes ferramentas teóricas para compreender como as instituições de controle social moldam práticas de cuidado em saúde mental, especialmente no campo do álcool e outras drogas. Foucault analisa a transição do suplício corporal para formas mais sutis e difusas de punição, baseadas na vigilância contínua e na normalização dos comportamentos, como exemplificado pelo panoptismo¹ (Foucault, 1975). Esse modelo de poder disciplinar, que se infiltra nos espaços institucionais: escolas, prisões, hospitais também influencia práticas terapêuticas, muitas vezes revestidas de um discurso de cuidado, mas que operam pela regulação e controle dos corpos e das subjetividades. No contexto dos serviços de atenção psicossocial, como os CAPS AD, essa lógica pode ser identificada em abordagens que, embora busquem o acolhimento, ainda reproduzem mecanismos de exclusão social e medicalização da vida (Foucault, 1975). Pensar o cuidado à luz de Foucault é, portanto, um exercício de desnaturalização dos saberes instituídos e um convite à construção de práticas que promovam a escuta, o reconhecimento da singularidade dos sujeitos e

¹ O panoptismo, conceito desenvolvido por Jeremy Bentham e popularizado por Michel Foucault, refere-se a um sistema de vigilância que permite que um único observador monitore um grande número de pessoas, sem que estes saibam se estão sendo observados (Bentham apud. Foucault, 1975).

a ampliação de sua autonomia.

Complementando essa perspectiva, Machado e Faria (2012) discutem como as "saídas" do tratamento nos CAPS AD nem sempre correspondem à alta clínica, mas frequentemente envolvem a interrupção precoce do vínculo terapêutico por parte dos usuários, em função de experiências de exclusão, julgamento moral ou ausência de escuta. As autoras destacam que muitos sujeitos deixam o serviço não por estarem "curados", mas por não encontrarem ali uma rede de apoio capaz de acolher a complexidade de suas vivências. Essa constatação reforça a necessidade de repensar o cuidado para além da lógica disciplinar e da expectativa de adesão incondicional a normas institucionais. Assim, pensar como as violências morais vão se constituindo como forma de afastar usuários do serviço, ou mesmo deslegitimá-los do lugar de sujeitos da própria história à luz das experiências cotidianas dos CAPS AD, é fundamental para desnaturalizar práticas instituídas e pensar o cuidado em saúde mental como um campo político, onde se disputam sentidos, valores e modos de existência. Trata-se, portanto, de construir um cuidado que resista às formas sutis de punição e que se comprometa com a autonomia, a liberdade e a dignidade dos sujeitos em sofrimento. Afinal, os CAPS existem para substituir o modelo hospitalocêntrico e evitar a reprodução da mesma lógica pautada no controle de corpos.

2.2 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída no Brasil pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, com o objetivo de articular serviços e ações de saúde mental em uma lógica territorializada, intersetorial e centrada no cuidado em liberdade. Trata-se de uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para consolidar um modelo de atenção que supere o paradigma hospitalocêntrico e manicomial, garantindo a integralidade do cuidado por meio da articulação entre atenção básica, serviços especializados, urgência e emergência, atenção hospitalar e reabilitação psicossocial (Brasil, 2011). A RAPS é composta por diversos pontos de atenção, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Unidades de Acolhimento (UA), os Consultórios na Rua, os leitos em hospitais gerais, os serviços residenciais terapêuticos (SRT) e ações da atenção básica. Sua implementação busca não apenas oferecer tratamento, mas

também promover a inclusão social e o protagonismo dos usuários, considerando os determinantes sociais do sofrimento psíquico. A partir desse marco organizativo e conceitual, torna-se possível analisar como um município específico estrutura sua rede de atenção psicossocial e quais os desafios enfrentados na efetivação de um cuidado ético, integral e territorializado.

O município está localizado no sul de Minas Gerais, a implementação da RAPS tem se destacado como referência regional no cuidado em saúde mental. O município conta com serviços como o CAPS II, destinado a adultos com transtornos mentais graves e persistentes, oferecendo suporte tanto em situações de crise quanto no processo de reabilitação psicossocial. Além disso, foram inaugurados no ano de 2023 o CAPS AD III, voltado para o atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e um Serviço de Residência Terapêutica (SRT), ampliando a oferta de serviços e fortalecendo a rede de atenção psicossocial na região. O município dispõe ainda de 24 Unidades de Saúde com cobertura integral da Estratégia Saúde da Família (ESF), além de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e um Hospital Geral.

A implementação do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III) em um município de médio porte com uma população média de 80 mil habitantes, apresenta uma série de desafios significativos, especialmente em um contexto onde ainda persiste a cultura da internação, reforçada pela presença de um hospital psiquiátrico local. O CAPS AD foi inaugurado no município em 2013 na modalidade de CAPS AD II, que segundo portaria portaria nº336 de janeiro de 2002, estipula a capacidade de atender até 70.000 habitantes, tendo seu funcionamento das 08h00 às 18h00, em dois turnos, durante cinco dias por semana, podendo ter um turno um turno extra até as 21h00 (Brasil, 2002).

Em novembro de 2023 o CAPS AD II passou a funcionar como CAPS AD III, ou seja com funcionamento 24 horas sete dias por semana, com oito leitos para acolhimento noturno com o objetivo de romper com a lógica manicomial e ampliar as alternativas de tratamento para usuários de substâncias psicoativas.

2.3 Desafios encontrados com a inauguração do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD III)

Com a transição para o CAPS AD III, observou-se um aumento na demanda por serviços, que antes atendia predominantemente pessoas em uso prejudicial de álcool, na sua maioria homens adultos e acima de 60 anos. A introdução do Acolhimento Noturno atraiu um público diverso, incluindo pessoas em situação de vulnerabilidade social, como pessoas em situação de rua, mulheres travestis e transexuais e usuários de crack e cocaína, antes distantes da realidade dos serviços de saúde. Essa ampliação da linha de cuidado, embora positiva, trouxe à tona a falta de experiência da equipe, especialmente da enfermagem, que se viu diante de um público considerado por estes “diversificado” e diferente do que atendia anteriormente.

O estigma por parte de profissionais de saúde, ainda representa uma barreira importante à efetivação de um cuidado integral em saúde mental, especialmente quando se trata de populações em situação de vulnerabilidade social, como pessoas em situação de rua, pessoas trans e travestis. Na saúde coletiva, autores como Emerson Merhy (2002) e Cecília Minayo (2000) evidenciam que a produção do cuidado no SUS é marcada por disputas entre um modelo técnico-assistencial tradicional, centrado em saberes médicos e procedimentos, e práticas micropolíticas que valorizam o encontro, a escuta e os modos de vida dos usuários. Nesse embate, sujeitos que escapam das normas sociais e de gênero tendem a ser acolhidos de forma precária, em função de preconceitos institucionalizados e da falta de formação crítica dos profissionais. Merhy (2002) chama atenção para a centralidade do “trabalho vivo em ato” no cotidiano do cuidado, ou seja, para a dimensão subjetiva e relacional que envolve os profissionais e os usuários. No entanto, quando o trabalho em saúde é conduzido apenas por protocolos e estigmas, as potências de cuidado são neutralizadas.

Para além da exclusão formal, o estigma se manifesta em pequenas violências institucionais: negação de acolhimento, negação do nome social, desconfiança sistemática, medicalização excessiva e ausência de escuta. Como alerta Minayo (2000), as iniquidades em saúde não se explicam apenas por carência de recursos, mas pela reprodução de uma lógica de poder que hierarquiza vidas e saberes. Diante disso, urge adotar uma perspectiva interseccional e antimanicomial no acolhimento dessas populações, reconhecendo suas existências

como legítimas e produtoras de saberes, e não apenas como destinatárias da tutela médica.

Observa-se que, diante dos “furos” já apontados, a equipe de enfermagem começa a assumir um papel de tutela, controlando o pátio e monitorando a permanência das pessoas durante o dia no serviço. A atuação do enfermeiro no CAPS não se fundamenta somente em regulamentos, mas também na desconstrução e reconstrução de ideias, a partir do relacionamento com a equipe, o paciente e a família, sempre buscando promover mudanças fundamentadas na reforma psiquiátrica, com o objetivo de oferecer um cuidado mais humanizado (Costa, Silva, Santos e Zeferino, 2024).

Outro ponto a ser refletido são registros realizados com caneta vermelha, destacando os procedimentos realizados. Quando questionada sobre essa prática, a coordenação da equipe justifica que essa abordagem é comum em outros serviços, como hospitais e UPAs, o que acaba por incorporar uma lógica de poder e soberania sobre os demais profissionais da equipe multidisciplinar. Outro aspecto que merece atenção é a forma como a equipe de enfermagem se apresenta, todos vestidos de branco, com jalecos e uniformes que se destacam, reforçando uma lógica manicomial.

Outra questão que chama a atenção são as barreiras impostas pela equipe na entrada e permanência no serviço, adotando um discurso de que o CAPS é um lugar para produzir “falta” para que as pessoas busquem lá fora alternativas para saírem da condição do uso da droga. Aqueles usuários que já tentaram tratamento e não tiveram “êxito” na perspectiva da equipe, encontram dificuldade de retomar o tratamento. No entanto, como afirma Machado (2012, p.4) “a circunstância de uma pessoa ter solicitado assistência diversas vezes e não ter atendido às expectativas ou ao “padrão” desejado pela equipe não nos dá autorização para dificultar novas tentativas”. Dessa forma, um novo momento para o indivíduo pode surgir, especialmente considerando que, nesta clínica, o movimento de entrada e saída é frequente (Machado, 2012). Os CAPS devem estar abertos a receber a pessoa em qualquer momento, seja por qualquer demanda, pois essa será sempre de quem procura não de quem acolhe esse sofrimento.

A equipe, diante da nova realidade, começou a estabelecer regras que refletiam uma lógica manicomial, como a imposição de horários rígidos para a

permanência dia² no CAPS, a recusa em oferecer refeições e banhos para aqueles que chegam no serviço apresentando essa demanda. Há uma resistência em acolher pessoas que apresentam alterações comportamentais devido ao uso de substâncias, em contraposição ao que cita Tykanori:

É preciso lembrar que, até uma pessoa decidir procurar ajuda em saúde mental ela já passou por vários estados emocionais até chegar ao presente. A pessoa já experimentou negar seus problemas, já ficou com dúvidas, medo, raiva, insegurança até o ponto que admite que não esteja conseguindo dar conta destes problemas (Tykanori, 2014).

O autor afirma ainda que iniciar o processo terapêutico com exigências reduzidas pode ser a chave para promover uma maior adesão ao tratamento. Como diretriz terapêutica, adotamos a máxima de Hipócrates: "Antes de tudo, não fazer o mal." No contexto da saúde mental, ações que visam destruir, invalidar, desqualificar ou despotencializar a posição do sujeito representam o maior dos males (Tykanori, 2014). Portanto, é fundamental que a abordagem terapêutica respeite a dignidade e a singularidade do indivíduo, promovendo um ambiente de acolhimento e empoderamento. A ausência de práticas de cuidado, embasada nos referenciais trazidos Merhy e Tykanori, refletem uma desconexão com as necessidades reais dos usuários, que buscam não apenas tratamento diante do uso intenso de álcool e outras drogas, mas também suporte em questões sociais fundamentais como documentos, moradia e alimentação digna.

A equipe do CAPS AD III adotou uma postura excludente às questões tanto que envolvem atribuições do CAPS, como contribuições possíveis de serem agregadas como demandas sociais, transferindo toda a responsabilidade de construção de cuidado para Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)³. Durante as reuniões mensais para discussão clínica e condução de casos com o CREAS, começou-se a incorporar as demandas sociais

² A permanência dia é uma modalidade de cuidado intensivo ofertada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), voltada a usuários em situações de maior vulnerabilidade clínica e psicossocial. Consiste na presença do usuário no serviço por um período ampliado do dia, com a participação em atividades terapêuticas individuais e coletivas, refeições e acompanhamento contínuo da equipe multiprofissional. Essa estratégia visa garantir acolhimento intensivo, fortalecer vínculos, prevenir internações psiquiátricas e promover a reabilitação psicossocial no território (Brasil, 2004).

³ Os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) são unidades públicas responsáveis pela oferta de serviços especializados a indivíduos e famílias em situação de violação de direitos, como violência doméstica, trabalho infantil, situação de rua, entre outras. Esses centros integram a Proteção Social Especial do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e têm como objetivo o fortalecimento de vínculos, a reconstrução de trajetórias e o acesso a direitos socioassistenciais e intersectoriais (Brasil, 2014).

apresentadas por esse novo público que passou a buscar atendimento, em especial, pessoas em situação de rua que buscam serviços como banho, lavagem de roupas, refeições, etc. Contudo, era nítida a resistência em prestar tais cuidados básicos, visto que as respostas que eram apresentadas, de forma recorrente, eram de que a gestão não tinha interesse em implementar tais serviços assistenciais, como por exemplo o Centro POP⁴, sob a justificativa de que isso poderia atrair um número maior de pessoas de fora para a cidade. Essa postura evidencia a falta de interesse do poder público municipal em atender às necessidades dessa população vulnerável.

Com base no cenário descrito, conclui-se que a fragilidade no acolhimento e na articulação intersetorial entre o CAPS AD III e as demais políticas públicas revela uma contradição central no modelo de cuidado preconizado pela RAPS. Ao delegar integralmente ao CREAS a responsabilidade por demandas que extrapolam a assistência clínica, o serviço reforça práticas fragmentadas e excludentes, incompatíveis com o princípio da integralidade do cuidado. A resistência institucional em ofertar serviços básicos, como os previstos em equipamentos como o Centro POP, e a justificativa baseada no temor de "atração de pessoas de fora" revelam um projeto político que hierarquiza vidas e restringem direitos, aprofundando desigualdades históricas. Assim, mais do que uma questão de gestão, trata-se de uma escolha ética e política: ou se constrói um cuidado territorializado e comprometido com os direitos humanos, ou se perpetuam práticas higienistas e seletivas que negam cidadania a sujeitos já marcados pela exclusão social.

2.4 Articulação entre a RAPS e a Rede de proteção social do município

Com base no cenário descrito, observa-se que a fragilidade no acolhimento e na articulação intersetorial entre o CAPS AD III e os demais equipamentos da política de assistência social revela uma ruptura com os princípios fundamentais

⁴ Os Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centro POP) são equipamentos públicos da assistência social voltados ao atendimento especializado de pessoas em situação de rua. Têm como objetivo oferecer apoio para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, acesso à rede de serviços públicos, desenvolvimento da autonomia e garantia de direitos. São parte da Proteção Social Especial de Média Complexidade do SUAS e funcionam como espaços de referência para atividades socioassistenciais diurnas, assegurando acolhida, escuta qualificada, higiene pessoal e alimentação (Brasil, 2012).

da RAPS, especialmente o da integralidade e do cuidado em liberdade. Ao transferir integralmente para o CREAS a responsabilidade por demandas sociais como higiene pessoal, alimentação e vestuário apresentadas, sobretudo, por pessoas em situação de rua, o CAPS AD III atua de maneira fragmentada, contrariando a lógica do cuidado ampliado defendida por autores como Emerson Merhy (2002), que propõe um modelo de saúde centrado no “trabalho vivo em ato”, ou seja, na escuta, no vínculo e na responsabilização compartilhada pelo cuidado. A justificativa da gestão municipal de que a implantação de serviços como o Centro POP poderia “atrair pessoas de fora” demonstra a presença de um racismo institucional e de um higienismo urbano que seleciona quem merece acesso às políticas públicas, conforme discutido por Silva e Yasbek (2009). Tal postura não apenas nega direitos fundamentais, mas também expressa um projeto político que desumaniza os sujeitos mais vulnerabilizados, perpetuando desigualdades estruturais e reforçando estigmas que atravessam o cuidado em saúde mental e o uso de substâncias

As Unidades de Acolhimento Institucional para Adultos e Famílias, são serviços da Proteção Social Especial de Alta Complexidade no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), voltados ao acolhimento provisório de pessoas em situação de rua. Esses equipamentos oferecem pernoite, alimentação, espaço para higiene pessoal, atendimento técnico e apoio na reintegração social e familiar. A função dos albergues não é apenas garantir abrigo emergencial, mas possibilitar a reconstrução de vínculos, a reinserção social e o acesso a direitos básicos, como saúde, educação, trabalho e documentação civil (Brasil, 2009). Contudo, para cumprir esse papel de forma efetiva, é essencial que estejam articulados a uma rede intersetorial de políticas públicas, respeitando as especificidades e os direitos da população em situação de rua, como destaca o Plano Nacional para a População em Situação de Rua.

O município conta com uma Unidade de Acolhimento Institucional de caráter filantrópico, que opera com regras próprias e não possui vínculos diretos com a prefeitura, exigindo, por exemplo, que os usuários estejam abstinentes para serem acolhidos, contrariando a lógica apresentada por Souza e Carvalho, que descrevem:

Quando a abstinência é tomada como regra única e superior, ela acaba por destituir outras possibilidades de regras. Isolada como única regra,

torna outras possibilidades de regras em não regras, logo num “vale tudo” (Souza; Carvalho, 2012, p.41).

Outro obstáculo significativo no serviço na Unidade de Acolhimento Institucional é a política de não permitir faltas, resultando na perda da vaga por um período de 30 dias. Relatos de usuários indicam que a unidade realiza uma seleção baseada em critérios “subjetivos”, o que pode levar à exclusão dessas pessoas com relação ao acolhimento.

Por fim, o município possui uma “chácara” que funciona como uma Comunidade Terapêutica, acolhendo pessoas de diversas partes do Brasil, mas que também opera sob uma lógica manicomial. As comunidades terapêuticas, embora sejam frequentemente financiadas com recursos públicos, operam em muitos casos em desacordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental, configurando espaços de violação de direitos humanos. Diferentemente dos CAPS AD, que se organizam a partir do cuidado em liberdade, da redução de danos e do respeito à singularidade dos sujeitos, muitas comunidades terapêuticas adotam práticas autoritárias, moralizantes e punitivas, como o isolamento compulsório, a imposição de disciplinas religiosas, a proibição de contato com familiares e a recusa em reconhecer o uso de substâncias como expressão de sofrimento psíquico e social (Fiorucci; Yasui, 2019; Brasil, 2018). A crítica central reside no fato de que essas instituições, ao se afastarem dos pressupostos da atenção psicossocial e dos direitos humanos, reforçam uma lógica manicomial travestida de cuidado. Autores como Paulo Amarante (2017) argumentam que o modelo antimanicomial, defendido pelos CAPS, não se limita à substituição de instituições, mas propõe uma ruptura ética e política com práticas de exclusão, defendendo um cuidado territorial, intersetorial e horizontal. Nesse sentido, a expansão de comunidades terapêuticas em detrimento do fortalecimento dos CAPS AD representa um grave retrocesso nas políticas públicas de saúde mental, especialmente para a população em uso problemático de álcool e outras drogas, frequentemente marcada por múltiplas vulnerabilidades sociais. Nesse contexto de lacunas na articulação e oferta dos serviços da rede socioassistencial, o CAPS AD passa a ser compreendido como o principal e, por vezes, único equipamento público apto a acolher sujeitos em situação de intensa vulnerabilidade social.

2.5 A noção de rede de cuidado e corresponsabilização

Segundo Amarante (2017), a efetividade do cuidado em saúde mental pressupõe uma rede articulada, territorializada e corresponsável, sendo incompatível com a centralização do cuidado em um único serviço. Quando o CAPS assume isoladamente funções que deveriam ser compartilhadas com a assistência social, habitação, educação e outras políticas públicas, há um esvaziamento do conceito de rede e uma sobrecarga institucional que compromete a qualidade do cuidado. Nessa perspectiva, Yasui (2010) destaca que a rede não se constitui apenas pela existência de equipamentos, mas pela produção de vínculos, compromissos e fluxos de responsabilização compartilhada entre os atores envolvidos no cuidado.

A forma em que a equipe fragmenta o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas transferindo a responsabilidade para outros equipamentos contraria a lógica apresentada por Foucault (2012), que refere que os serviços representam mecanismos estratégicos de cuidado, que devem ser abrangentes e ampliados, de modo que assumam a responsabilidade diante da complexidade das demandas apresentadas.

Mendes (2011) abordou as características de uma rede integrada e os impactos da desintegração. De modo geral, a abordagem das Redes de Atenção à Saúde (RAS) busca romper com a visão hierárquica tradicional e apresentam as redes como formações poliárquicas, ou seja, estruturas de cooperação e horizontais, mesmo considerando as diferenças nas densidades tecnológicas. Essa perspectiva abandona a preocupação com quem controla ou quem se reporta a quem. A orientação que fundamenta o cuidado passa de uma abordagem baseada na complexidade exigida para o foco no usuário e em suas necessidades. Com isso, e não por um modelo rígido, novos fluxos podem ser planejados e circuitos podem ser estabelecidos dentro do sistema de atenção à saúde.

A corresponsabilidade no cuidado significa que todos os envolvidos, profissionais de saúde, o próprio paciente e sua família participam juntos na elaboração e execução dos planos e ações de tratamento. Além disso, ela envolve a conexão entre diferentes serviços de saúde e de apoio. Quando algum desses atores não participa, o cuidado acaba ficando dividido ou incompleto, o que pode prejudicar a qualidade do atendimento.

O trabalho em rede constitui um dos pilares fundamentais da atenção psicossocial, especialmente no contexto do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). Este dispositivo, integrante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), busca oferecer cuidado integral às pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, reconhecendo a complexidade do fenômeno da dependência química e a necessidade de intervenções intersetoriais.

O CAPS AD não atua de forma isolada, mas em articulação com diferentes serviços e políticas públicas, tais como a Atenção Básica, a atenção hospitalar, os serviços de urgência e emergência, os equipamentos da assistência social (CRAS, CREAS e Centros Pop), a justiça, a educação, a cultura e o trabalho. Essa articulação intersetorial possibilita a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), que consideram as demandas de saúde, mas também os determinantes sociais que influenciam o processo de adoecimento e recuperação.

O trabalho em rede visa, assim, garantir a continuidade do cuidado por meio de fluxos de referência e contrarreferência, evitando a fragmentação do atendimento. A lógica da integralidade orienta a prática, de modo a contemplar tanto o tratamento clínico e psicossocial quanto o acesso a direitos fundamentais, como moradia, emprego e inclusão social.

Dessa forma, o trabalho em rede no CAPS AD configura-se como uma prática que transcende o espaço institucional e amplia a noção de cuidado, articulando diferentes setores e atores sociais para promover saúde, cidadania e inclusão. Trata-se de um processo contínuo, dinâmico e compartilhado, que demanda comunicação efetiva entre serviços e responsabilização pelo cuidado em saúde mental.

3. Conclusão

3.1 Questões sociais e tratamento: É possível fazer essa separação em um CAPS AD?

A realidade observada no CAPS AD III, marcada pela presença crescente de pessoas em situação de rua, escancara não apenas as lacunas da rede intersetorial de proteção social, mas também os limites de uma compreensão clínica tradicional que ainda persiste em determinados contextos da saúde mental. A recusa em reconhecer as demandas apresentadas por esses sujeitos como

legítimas expressões de sofrimento e de busca por cuidado revela o quanto os serviços ainda operam sob uma lógica normativa e excludente, que distingue "usuários legítimos" daqueles considerados "desviantes". Quando o cuidado é condicionado à adesão a um modelo terapêutico idealizado, descolado da realidade social dos sujeitos, corre-se o risco de perpetuar formas sutis de violência institucional e de negligência.

Como destaca Oliveira (2018), a vivência nas ruas e o uso de substâncias não podem ser compreendidos apenas como fatores de risco ou sintomas clínicos, mas como elementos estruturantes de existências historicamente atravessadas pela exclusão, pela negação de direitos e pela ausência de políticas públicas efetivas. Nessa perspectiva, o cuidado não deve se restringir a procedimentos terapêuticos formais, mas precisa ser ampliado para abarcar a escuta, a hospitalidade, o vínculo e o reconhecimento das estratégias de sobrevivência e resistência desses sujeitos. Reduzi-los àquilo que consomem ou aos estigmas que carregam é negar sua complexidade humana e reafirmar o ciclo da marginalização.

A centralidade que o CAPS vem assumindo, frente ao esvaziamento de outros serviços da RAPS e da assistência social, exige uma postura crítica e propositiva dos profissionais e da gestão. É fundamental superar o discurso da "inadequação" do público atendido e, em seu lugar, assumir a corresponsabilidade por práticas que construam cuidado a partir da realidade concreta das pessoas, reconhecendo que demandas como alimentação, higiene ou um lugar seguro para dormir também são práticas de cuidado — e frequentemente as únicas portas possíveis para a construção de vínculos terapêuticos.

Portanto, mais do que um reposicionamento técnico, trata-se de uma escolha ética e política: ou os serviços de saúde mental se abrem para a escuta e o acolhimento das formas plurais de sofrimento, ou seguirão reproduzindo a lógica de exclusão que a Reforma Psiquiátrica justamente se propôs a combater. Reconhecer o direito de existir e de ser cuidado em sua integralidade é o primeiro passo para que esses sujeitos deixem de ser invisibilizados nas políticas públicas e passem a ser reconhecidos como cidadãos de direitos.

Referências:

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, portaria 130, art.2, de 26 de Janeiro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, portaria 336, art.4.5 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS**. Brasília: MDS, 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro POP**. Brasília: MDS, 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Brasília: MDS, 2009.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Relatório Nacional de Fiscalização das Comunidades Terapêuticas. Brasília: MDH, 2018.

COSTA, N. M *et.al*. **Percepção de enfermeiros do Caps durante a pandemia da COVID-19**. Ciência da Saúde, Volume 28, Edição 137, Revista FT, São Sebastião do Paraíso, 2024.

FIORUCCI, Cristiane Teixeira; YASUI, Simone. Comunidades terapêuticas e atenção psicossocial: impasses e contradições no cuidado em liberdade. **Psicologia & Sociedade**, v. 31, 2019.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2012.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1975.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Módulo 6 do Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão: Recursos e Estratégias do Cuidado, unidade 1 – **Projeto terapêutico singular**. UNASUS, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2014.

MACHADO, A. R. Faria, M.W. S de. **As saídas do tratamento nos CAPS ad**. Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais, páginas 1 a 6, Almanaque On-line n. 11, 2012.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: **Hucitec**, 2000.

OLIVEIRA, M. R. M, **Travessia: dos véus da exclusão ao encontro com os invisíveis**. Caminhando contra o vento: cuidado e cidadania na atenção aos

usuários de drogas no SUS.Esp, MG, Belo Horizonte, 2018.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e YASBEK, Maria Carmelita. **A Assistência Social no Brasil: um campo de prática em construção**. São Paulo: Cortez, 2009.

SOUZA, T. de P. S. de P.; CARVALHO, S. R. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. **Revista Polis e Psique**, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 37, 2013. DOI: 10.22456/2238-152X.40319. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/40319>. Acesso em: 28 abr. 2025.