



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

LEANDRO ROQUE DA SILVA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E
INTERSETORIALIDADE: a construção do cuidado
ao usuário de crack, álcool e outras drogas no
campo da saúde mental**

**JOÃO PESSOA – PB
2012**

LEANDRO ROQUE DA SILVA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E
INTERSETORIALIDADE: a construção do cuidado
ao usuário de crack, álcool e outras drogas no
campo da saúde mental**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização **Gestão em Saúde** da SEAD/UEPB, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de especialista.

Orientador: Profº Ms. Rafael Nicolau Carvalho

JOÃO PESSOA – PB
2012

S586p

Silva, Leandro Roque da.

Promoção da saúde e intersetorialidade [manuscrito]: a construção do cuidado ao usuário de crack, álcool e outras drogas no campo da saúde mental /Leandro Roque da Silva. – João Pessoa, 2012.

64 f.

Monografia (Especialização em Gestão em Saúde). – Universidade Estadual da Paraíba, Coordenação Institucional de Projetos Especiais - CIPE, 2012.

“Orientação: Prof. Me. Rafael Nicolau Carvalho, DEAC”.

1. Saúde Mental 2.Promoção da Saúde 3. Intersetorialidade I. Título.

21. ed. CDD 362.2

LEANDRO ROQUE DA SILVA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E INTERSETORIALIDADE:
a construção do cuidado ao usuário de crack, álcool e
outras drogas no campo da saúde mental**

Monografia apresentada ao Curso de
Especialização **Gestão em Saúde**
da SEAD/UEPB, em cumprimento à
exigência para obtenção do grau de
especialista.

Aprovada em 11 / 06 / 2012.



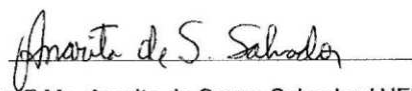
Prof^o Ms. Rafael Nicolau Carvalho / UFPB

Orientador



Prof^a. Dr^a Patricia Barreto Cavalcanti / UFPB

Examinadora



Prof^a Ms. Anarita de Souza Salvador / UFPB

Examinador

Dedico esse trabalho aqueles sem nomes, àqueles sem casa, sem lugar, que nem na rua conseguem se achar. Dedico este trabalho àqueles que muitas vezes ficam invisíveis diante de uma sociedade que segrega e oprime. Dedico a estas pessoas que ao dia a dia sofrem as mais diversas vicissitudes que a vida lhe oferece e que muitas vezes não conseguem nem falar sobre o seu sofrimento. Esse trabalho é para os ninguém, que morrem na vida, que são mal pagos e que não são seres humanos, apenas recursos humanos sem história e sem cultura.

AGRADECIMENTOS

Apesar de ter estado na solidão da escrita deste trabalho nos últimos meses, pouca gente fazia ideia que eu estava debruçado sobre um trabalho coletivo, de intensa participação das pessoas. Direta e indiretamente, essa pesquisa envolveu um conjunto de pessoas que contribuíram para a realização de tal projeto. Neste momento, expresso a minha intensa gratidão, ainda que este espaço não permita registrar todos os nomes que gostaria.

Ao meu orientador Rafael Nicolau Carvalho, que soube fornecer os instrumentos e os materiais para que eu pudesse concluir tal pesquisa. Além disso, conseguiu fortalecer através de nossos diálogos, o pensamento reflexivo e crítico sobre o objeto de estudo em questão.

As minhas companheiras de trabalho no Caps Ad Primavera, Cabedelo/PB – Milaneide e Rafaela, que compartilharam comigo momentos de angústia e satisfação diante desse percurso de construção da pesquisa.

A professora da pós-graduação de Serviço Social(UFPB) Patrícia Barreto, que como aluno especial de sua disciplina, me empoderou teoricamente e criticamente sobre as questões que trabalhei ao longo dessa pesquisa.

A minha esposa, Marília, meu amor, que soube compartilhar comigo momentos de solidão concernentes ao próprio ato da escrita. Me confortando diante das noites mal dormidas e passadas em claro e soube entender esse processo de intenso trabalho.

A minha família, que direta e indiretamente, participaram dessa construção.

E a todos que trabalham comigo nos serviços substitutivos de atenção a usuários de álcool e outras drogas, que diante de nossas vivências diárias, me motivaram a refletir sobre o objeto de estudo.

Um galo sozinho não tece uma manhã, ele precisará de outros galos. De um que apanhe esse grito que ele e o lance a outro; de um outro galo que apanhe o grito de um galo antes e o lance a outro; e de outros galos que com muitos outros galos se cruzem os fios de sol de seus gritos de galo, para que a manhã, desde uma tênue, se vá tecendo, entre todos os galos.

RESUMO

Na contemporaneidade, o temor da sociedade em relação ao uso de drogas expressa um perigo, muitas vezes de forma arbitrária, pelo que há de transgressor em tal ato. Neste sentido, essa problemática consiste, junto a outros fatores sociais, obstáculos a realização do exercício pleno da cidadania, marginalizando com isso, uma grande parcela da população. Como consequência, essa questão se tornou objeto de políticas públicas voltadas a diminuir, inibir e prevenir o uso de drogas. Desta forma, utilizando uma pesquisa exploratória, de caráter bibliográfico, se objetivou neste trabalho, a reflexão e a discussão sobre as políticas atuais em atenção ao usuário de álcool e outras drogas, fazendo aproximações com os conceitos e práticas iniciadas em décadas anteriores, mais precisamente, com os movimentos de promoção a saúde. A partir de conceitos como promoção da saúde, intersectorialidade, saúde mental e políticas públicas, tentamos construir um caminho de conexões e de interrelações, de afastamentos e de aproximações, sobre os preceitos contidos na gênese desse movimento de promoção a saúde, passando pelos movimentos da reforma sanitária e psiquiátrica e pelas políticas atuais sobre drogas. A relevância de tal pesquisa, exploratório-reflexiva, se deu a partir da observação que vários elementos presentes nas diretrizes das leis nacionais atuais sobre drogas, estavam presentes também nas considerações e definições do campo ampliado da promoção saúde em sua constituição. Com isso, fica evidente o reconhecimento da influencia de outras condições nas relações mantidas pelas pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, nos possibilitando com isso, se distanciar de uma concepção proibicionista, jurídica e criminal por um lado, e biomédica moralista de outro. Portanto, concluímos que diante de um campo multifacetado de possibilidades de cuidado, para que uma política nacional sobre drogas possa ser consolidada na prática, se faz necessário a reflexão sobre as estratégias de promoção da saúde e também da intersectorialidade, como fundamentos indissociáveis para uma atenção integral as pessoas com sofrimento decorrente do uso de álcool e outras drogas.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da Saúde, Intersectorialidade, Saúde Mental.

ABSTRACT

Nowadays, the fear of society in relation to drug use expressed a danger, often arbitrarily, so it's transgressive act. In this sense, this problem is, along with other social factors, barriers to achievement of full citizenship and undercut, a large proportion of the population. As a result, this issue became the object of public policies to reduce, inhibit or prevent the use of drugs. Thus, using an exploratory, bibliographical, is aimed in this study, reflection and discussion of current policies in mind the user of alcohol and other drugs, making comparisons with the concepts and practices begun in previous decades, more precisely, with the movements of health promotion. From concepts such as health promotion, intersectoral, mental health and public policy, we try to build a path of connections and interrelationships of departures and approaches on the precepts contained in the genesis of this movement to promote health, through the movements of and psychiatric health reform and the current policies on drugs. The relevance of such research, exploratory and reflective, took from the observation that many elements present in the guidelines of current national laws on drugs, were also present in considerations and definitions of the expanded field of promoting health in its constitution. Thus, it is clear recognition of the influence of other conditions in the relations held by people who use alcohol and other drugs, enabling us with this, move away from a prohibitionist design, legal and criminal on the one hand, and other biomedical moralistic . We therefore conclude that field before a multifaceted possibilities of care that a national policy on drugs can be consolidated in practice, it is necessary to reflect on strategies for promoting health and well intersectionality as inseparable foundation for attention full with people suffering due to the use of alcohol and other drugs.

KEYWORDS: Health Promotion, Intersectoral, Mental Health.

SUMÁRIO

1. Introdução	10
2. Métodos e Técnicas	14
3. Paradigmas de Promoção da Saúde: A Questão da Intersetorialidade	16
3.1. Surgimento do Movimento de Promoção a Saúde	20
3.1.2. A Promoção da Saúde no mundo	24
3.2. A Intersetorialidade: um debate aberto	27
3.2.1. O Campo Intersetorial e as Políticas Sociais – de Saúde	31
3.3. A Emergência do Campo da Saúde Mental	35
3.3.1. Primórdios da Luta Antimanicomial	36
3.3.2. Novos serviços: A Atenção Psicossocial	41
3.4. Entra na cena: os usuários de álcool e outras drogas.....	45
3.4.1. As Práticas e Políticas em Atenção Integral as Pessoas usuárias de Álcool e outras drogas: mudança de paradigma	49
4. Avanços e desafios da Intersetorialidade na atenção aos usuários de álcool e outras drogas	56
5. Considerações finais	60
6. Referencias Bibliográficas	62

1 Introdução

Na atualidade, o temor da sociedade em relação ao uso de drogas expressa o perigo representado, muitas vezes de forma arbitrária, pelo que há de transgressor em tal ato. Dessa forma, não há dúvidas que a problemática acerca das drogas consiste hoje em um dos maiores fatores de marginalização social e um dos maiores obstáculos à realização dos direitos humanos fundamentais de considerável parcela da população mundial. E justamente por se tratar de um problema social é que a questão se torna objeto de políticas públicas voltadas a diminuir, inibir e prevenir suas causas.

Neste sentido, fica claro que o enfrentamento ao uso de drogas, a partir de políticas recentes preconizadas nacionalmente, tenta vencer antigos dogmas políticos e científicos, baseados em políticas de segurança pública e repressão, os quais se constituíam em verdadeiros óbices à solução eficaz da questão.

Desta forma, percebe-se que a Política Nacional de Álcool e outras Drogas (PNAD), aprovada em 2005, começa a alinha-se pelo princípio da responsabilidade compartilhada, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos, com o objetivo de ampliar a consciência para a importância da Intersetorialidade e da descentralização das ações sobre drogas no território nacional.

Por conter em suas diretrizes gerais elementos como: promoção da saúde, cuidados amplos ao ser humano e redução dos riscos a vida, prevenção, reinserção social, construção de rede e intersetorialidade, observa-se as proximidades que tal política mantém com os conceitos ampliados de saúde.

Por sua vez, percebe-se que toda a literatura em torno das discussões sobre a promoção a saúde, movimento este iniciado há décadas, em vários países, têm demonstrado também a prática não pode ser promovida por um único setor. Pelo contrário, implica a satisfação de uma série de necessidades

sociais e, por isso, evoca a construção contínua de políticas públicas intersetoriais permanentes.

Refletindo sobre a própria saúde, e sua impossibilidade de ser assegurada apenas por um único setor, se faz necessário promover a responsabilidade social desta; aumentar a capacidade da comunidade e o empoderamento dos indivíduos; expandir e consolidar alianças para a saúde e aumentar as investigações para o desenvolvimento da saúde. Sendo assim, observa-se que a intersectorialidade tem sido evocada no campo da política e das práticas. Sua importância para as políticas públicas envolve ações integradas de distintos setores, a partir de necessidades da realidade concreta, de modo a colocar em pauta as peculiaridades de suas condições de vida.

Neste sentido, analisando o percurso a partir da década de 70, do movimento, que pode ser denominado genericamente de movimento da Luta Antimanicomial, observa-se que houveram questionamentos em relação as práticas de “saúde” psiquiátricas vigentes na época, em relação a pessoas com transtornos mentais ou decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. Com isso, a dimensão da cidadania dos usuários, envolvimento de vários setores nas políticas de cuidado, caracterizam estas novas formas de cuidar, demonstrando a riqueza de concepções juntamente com a multiplicidade de estratégias intersetoriais e enfrentamentos do modelo psiquiátrico tradicional, bem como suas contribuições para o aprimoramento posterior dos serviços substitutivos da reforma psiquiátrica.

Logo, ao abordar e refletir sobre essas novas políticas de atenção à saúde mental, especificamente aos usuários de álcool e outras drogas, se faz necessário, discutir os conceitos ampliados de saúde, sua emergência no campo das discussões, das políticas públicas e suas diretrizes. Ao reconhecer a complexidade do fenômeno da produção de saúde e das políticas de atenção aos usuários de drogas, fica claro que muito do que influi nestes campos se encontra fora do campo das intervenções médicas ou da saúde pública de caráter tradicional. Além de governos e profissionais de saúde, muitos outros atores devem estar envolvidos na elaboração desse tipo de política, representando, por exemplo, os setores do bem-estar social, das indústrias, da educação, da economia e comércio, da mídia e das comunidades.

Neste sentido, pretendemos discutir nos próximos capítulos, a influência de outras condições determinantes da qualidade de vida, que vão para além da assistência a saúde, tentando articular a importância da complexa rede de inter-relações e interdependências que influencia todas as direções nas práticas de cuidado. E diante desse macro campo da saúde, tentaremos discutir acerca dos processos do movimento da luta antimanicomial, com seus desdobramentos na própria reforma psiquiátrica, demonstrando que também se produziu, na cena política e na prática dos serviços, novos atores sociais, novas e heterogêneas configurações de forças, esboçando no país, uma rede de possibilidades de atuação.

No entanto, apesar de tais mudanças, observa-se ainda nos cenários de prática, a dificuldade de implantação de uma rede integrada de assistência, pública, privada e intersetorial para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas.

Desta forma, organizamos o presente trabalho iniciando a discussão sobre a Promoção da Saúde, seus paradigmas e movimentos históricos, a partir do surgimento prático e conceitual no cenário mundial. Em seguida, discutimos sobre a categoria da intersetorialidade, seus debates e suas consequências metodológicas para prática do cuidado. A partir desse percurso, fizemos uma construção histórica dos movimentos da luta antimanicomial no âmbito nacional destacando as proximidades conceituais e pragmáticas deste movimento com o movimento da promoção da saúde demonstrado anteriormente. Finalizamos com um recorte sobre as políticas atuais no campo da saúde mental, especificamente relacionada a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, demonstrando a importância das estratégias intersetoriais e da promoção da saúde para a efetivação destas.

Neste sentido, optamos pela investigação a partir de uma pesquisa exploratória, de caráter bibliográfico, sobre os temas e os conceitos, diante das considerações relevantes para a compreensão do objeto de estudo.

2 Métodos e Técnicas

É sabido que a partir dos novos desafios entre os setores sociais e diante dos efeitos da globalização da economia e das informações, torna importante a produção de conhecimentos científicos, em patamares que contemple a democracia, a ampliação dos direitos juntamente com a forma de consolidação destes. Nestes tempos contemporâneos, a vinculação entre trabalho e pesquisa têm se demonstrado como indispensável, pois todos os profissionais que executam e refletem sobre suas atividades, lidam diretamente com a interpretação da realidade, e devem com isso ter noções de procedimentos de investigação.

Neste sentido,

[...] é muito importante colocar-se com muita clareza que discutir a prática social passa, fundamentalmente, pela questão da pesquisa. Através da pesquisa torna-se possível vislumbrar outros horizontes de conhecimento, desvelar outros fluxos de força política, permitindo às profissões as atualizações e contemporaneizações necessárias para fazerem frente às múltiplas questões de ordem social, com as quais se comprometem e que a atravessam em seu fazer (CASSAB, 2007, p.56).

Portanto, pesquisar se configura no ato de desenvolver uma atividade, semelhante a um processo, cuja preocupação maior é com o produto inacabado, que possibilita ampliar e verificar o conhecimento existente.

Ainda podemos dizer que pesquisar não é uma simples coleta de dados, mas é uma proposta de um projeto de conhecimento que conduz o pesquisador, a observação, a verificação e a explanação dos fatos, a partir de um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, requisitando um tratamento científico ao caminho percorrido.

Desta forma, elegemos a pesquisa bibliográfica como método de pesquisa neste trabalho. Pois,

Através da exposição de exemplos, construídos a partir de uma pesquisa dessa natureza, pretende-se chamar a atenção para as exigências que a escolha por esse tipo de procedimento apresenta ao pesquisador à medida que este constrói a busca por soluções ao objeto de estudo proposto (SASSO & MIOTO, 2007, p.38).

Além disso, a sua indicação para o presente estudo relacionou-se ao fato da pertinência de fontes bibliográficas se aproximarem com o objeto de estudo, possibilitando um amplo alcance de informações, permitindo a utilização ordenada de dados dispersos em inúmeras publicações. Portanto, com a utilização da pesquisa bibliográfica, tivemos a possibilidade de definir melhor o quadro conceitual que envolveu o objeto de estudo proposto.

Este trabalho se deu a partir de algumas etapas criteriosamente escolhidas para que essa pesquisa bibliográfica seja realizada. Identificamos as obras, as referências bibliográficas a serem utilizadas, destacando os temas centrais, os paradigmas teóricos e as contribuições destes referenciais para o objeto de estudo.

Após essa etapa, de seleção do material bibliográfico, usamos o instrumento da leitura com o objetivo de levantarmos as informações relevantes para o estudo. Em seguida, com esses dados obtidos através dessas leituras, conforme a metodologia proposta e se baseando no referencial teórico construído, expomos uma síntese integradora desse material selecionado em nosso processo de investigação. Esse desenho metodológico permitiu um amplo mapeamento bibliográfico que garantiu a apreensão constante dos elementos que caracterizaram o nosso objeto de estudo.

Neste sentido, foram definidas algumas categorias analíticas de objeto, tais como: promoção da saúde, intersectorialidade, políticas públicas de saúde mental. E a partir destas definições, reafirmamos a produção de conhecimento científico a partir da pesquisa bibliográfica, gerando diante de temas e conexões poucos explorados, a postulação de hipóteses ou interpretações que servirão de ponto de partida para outras pesquisas.

3 Paradigmas de Promoção da Saúde: A Questão da Intersetorialidade

Concordando com a ideia de que o processo de pesquisa se constitui em uma atividade científica básica que, através da indagação e (re)construção da realidade, realiza uma atividade de aproximação sucessiva com esta, o presente capítulo discutirá sobre o tema da Promoção da Saúde, percorrendo um caminho implicado em um conjunto ordenado de procedimentos no qual se constitui em uma pesquisa bibliográfica. Para isso se tornou necessário o mapeamento e articulação das considerações teóricas presentes em textos e obras, a partir de uma reflexão crítica sob um conhecimento acumulado nestes materiais pesquisados.

Nas últimas décadas, o conceito de Promoção de Saúde (PS) se tornou um tema relevante nos debates em praticamente todas as nações, guiando com isso a política sanitária dos diversos países. Concernente a essas discussões, podemos distinguir várias gradações em relação a seu significado que transitam desde perspectivas que focam as mudanças dos estilos de vida dos indivíduos (funcional ao discurso neoliberal de redução do papel do Estado no que se refere aos direitos sociais), até abordagens que questionam o capitalismo enquanto sistema patógeno.

Segundo Terris (1996 *apud* Vasconcelos e Shmaller, s/d), o conceito de Promoção da Saúde é bastante amplo e tem sido tratado, por vezes, de maneira confusa, se constituindo em uma verdadeira “colcha de retalhos”, envolvendo profundas tensões teóricas e filosóficas, possuindo contradições relacionadas a distintos interesses ideopolíticos.

A relação entre saúde e condições gerais de vida das populações foi constatada e explicitada na própria origem da medicina moderna. No entanto, as práticas e crenças para evitar as enfermidades sempre existiu desde os tempos mais primitivos. Até hoje, persistem em algumas culturas o uso de amuletos, talismãs, pulseiras, com o interesse de conservar a saúde como um bem precioso e almejado por todos da comunidade.

Segundo Restrepo (2001), nos tempos dos gregos, a concepção de saúde tinha seu conceito bem próximo ao de “higiene”, no qual se

caracterizava por um entendimento mais amplo, onde se reconhecia que estar com saúde era possuir a moderação de viver, obedecendo a ordem natural das coisas. Os filósofos dessa época consideravam que ter saúde era um dom dos deuses. Platão (428 a 348 a.C.) dizia que era melhor ter pouco dinheiro e estar sadio do que estar enfermo e ser rico. Os seguidores de Pitagóras (570 a 496 a.C) recomendava que uma vida pura poderia ser conseguida através de dietas e praticas especiais dando um grande valor a musica como terapia para restaurar o equilíbrio.

Nesta linha de pensamento, citamos Hipocrates (460 a 370 a.C) que postulava que a maior riqueza do homem era ter uma vida sadia.

No entanto, a referida autora ainda afirma que os gregos foram bastantes elitistas em suas práticas de saúde, porque as recomendações de uma vida saudável só era possível para uma parte da sociedade grega, ou seja, a aristocracia, que podia dedicar-se o cultivo do corpo e do prazer. Já para os escravos – classe marginalizada da *polis grega* – não era permitido receber essas informações, tendo o direito apenas de trabalhar com muito suor para conseguir a sua sobrevivência.

Já com os romanos, se teve uma visão mais realista de saúde e menos contemplativa, porém conservaram muitos princípios higiênicos postulados pelos gregos. Em Roma, os excessivo cuidado com o corpo era considerado inútil e afeminado, surgindo então uma visão ampliada que integrasse o desenvolvimento físico, mental e social para se ter uma boa saúde. Nesta sociedade o trabalho era considerado como fonte de boa saúde.

Houve também várias modificações no nível da sociedade, em seus dispositivos sanitários, em suas estruturas arquitetônicas:

A grande contribuição do império romano foi a construção de um sistema sanitário e as conduções de água. Desde do século III, se esforçaram na construção dos famosos arquedutos que incorporaram as águas dos rios que abasteciam o império. As casas romanas foram construídas com canaletas de abastecimento de água e existiam na cidade banhos públicos com quartos para vestir-se, ropeiros, água quente e fria e piscinas de natação [...] outra contribuição dos romanos, não menos importantes para as políticas publicas de saúde, foi à institucionalização de hospitais e clinicas dentro do setor público. (RESTREPO, 2001, p. 17).

Neste sentido, apesar de termos elementos importantes nos períodos históricos que se seguiram a era romana, escolhemos retomar os paradigmas da Promoção à Saúde situando os processos acontecidos a partir do século XIX. Tal escolha se alicerça na tomada de consciência sobre as relações entre estado de saúde de uma população e suas condições de vida neste período em consonância com a medicina social emergente da época.

Andrade (2004) atesta que, a produção científica e política da Europa sobre a determinação social do processo saúde/doença no século XIX, na qual gerou a Medicina Social, foi sem dúvida, uma das precursoras modernas da Promoção da Saúde. Neste sentido, no bojo do processo de crescimento das cidades, fruto brutal do processo de urbanização provocado pela revolução industrial, os intelectuais e lideranças políticas passaram a fazer essas primeiras relações sistemáticas entre saúde de sua população e as condições de alimentação, trabalho e habitação.

Em 1807, o chefe de polícia de Dubois (França), construiu um relatório sobre as terríveis condições de saúde do operariado. Em 1822, foi criado por Patissier, um programa para a melhoria das condições de trabalho segundo o qual ofícios considerados perigosos deveriam ser terminantemente proibidos e pesquisas deveriam ser realizadas com o objetivo de melhorar as condições de trabalho e reduzir os danos à saúde. Sigerist (*apud* ANDRADE, 2004) descreve um relatório de Louis René Villarmé, médico francês do século XIX, que foi publicado em 1840, em dois volumes, sobre as condições de saúde dos trabalhadores franceses da indústria têxtil.

Na Alemanha, século XIX, os problemas de saúde se tornaram tão graves quanto os ocorridos em outros países da Europa. Diante desta situação, aconteceu um poderoso movimento de reforma por uma completa reorganização dos serviços de saúde. Rudolf Virchow, patologista alemão, tornou-se o líder deste movimento. Em 1847, o governo alemão pressionado pela opinião pública, designou um comitê, para controlar a epidemia de tifo, no distrito industrial de Silésia. Virchow, membro desse comitê, logo concluiu serem as causas da epidemia tanto econômicas e sociais quanto físicas. Diante desta situação, sugeriu que a população vitimada pela epidemia de tifo, necessitava entre outras intervenções médicas, de completa e ilimitada

democracia, educação, liberdade e prosperidade. Tais recomendações, que visaram sanar a epidemia de tifo na Silésia do século XIX, podem ser consideradas como prenúncio das políticas saudáveis no campo da PS. Rosen (1978 *apud*, Andrade, 2004) cita uma frase de Virchow: “A medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que a medicina em grande escala”.

A seguir, citamos três princípios do Movimento de Reforma Alemã, liderado por Virchow:

1. A saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social;
2. As condições econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a saúde e a doença e tais relações devem ser submetidas à investigação científica;
3. Devem ser tomadas providências no sentido de promover a saúde e combater a doença e as medidas concernidas em tal ação devem ser tanto sociais quanto médicas.

Contudo, o Movimento pela Reforma Médica na Alemanha caracterizou-se por ser um movimento da classe média liberal, como afirma Andrade (2004). Neste sentido, Sigerist (1996 *apud* Andrade, 2004, p.71), se refere ao discurso de Neumann, um dos líderes do movimento Alemão:

O Estado clama ser um estado que protege o direito de propriedade. Seu propósito é proteger os bens do povo. A maioria das pessoas, entretanto, possui apenas seu poder de trabalho, que depende inteiramente de sua saúde. Esta é a sua única propriedade e o Estado, portanto, tem o dever de protegê-la e o povo tem o direito de exigir que sua saúde, sua única propriedade, seja protegida pelo Estado.

Outra situação de miserabilidade da população, principalmente da classe operária, era vista na Inglaterra do século XIX. Houve um esforço governamental, de cunho utilitarista, para revisão das Leis dos Pobres, no qual Edwin Chadwick desempenhou um importante papel, sendo considerado o pioneiro do movimento inglês de Saúde Pública. O próprio justificava a

importância desse movimento como não sendo uma questão de filantropia, mas de interesse de todos terem uma classe trabalhadora saudável.

Andrade (2004) destaca outras contribuições importantes nas relações entre condições de vida e o processo saúde/doença. Cita Engels, a partir de visitas realizadas pessoalmente a cidades inglesas do século XIX. Entre suas observações, destacamos:

[...] As grandes cidades são principalmente habitadas por trabalhadores[...] Estes trabalhadores não têm absolutamente nenhuma propriedade e vivem do salário, que quase sempre passa da mão para a boca[...] As moradias dos trabalhadores são, sem exceção, mal arranjadas, mal construídas, mantidas em más condições[...] insalubres. O vestuário dos trabalhadores é[...] na maioria dos casos esfarrapados[...] Os alimentos são em geral ruins, frequentemente intragáveis, e em muitos casos, pelo menos temporariamente, em quantidade insuficientes, de tal forma que, no caso extremo, se morre de fome Engels (1972 *apud*, Andrade, 2004, p.72)

Reforçado por autores contemporâneos, como Restrepo (2001) e Ashton (1993), Andrade (2004) afirma que as políticas concebidas nesta época tanto podem ser relacionadas como precursoras das hoje chamadas Políticas Públicas saudáveis no campo da Promoção da Saúde quanto dos recentes movimentos por Cidades Saudáveis.

As medidas para combater as doenças tinham um caráter mais amplo, e passariam por reformas sociais mais profundas e por maior intervenção do Estado no setor social, levando a melhoria da qualidade de vida da população de uma forma geral (ANDRADE, 2004, p.78).

Desta forma, pode-se conceber que o processo de produção de saúde e de adoecimento tem sido objeto de reflexão e análise nas suas mais variadas características ao longo da história da humanidade, expressando questionamentos ao modelo sanitário hegemônico, se constituindo em um verdadeiro caleidoscópio de intervenções e construções de políticas.

3.1. Surgimento do Movimento de Promoção a Saúde

Sem dúvida, toda a produção discursiva científica e política europeia no século XIX sobre a determinação social do processo saúde/doença pode ser considerada como uma das precursoras modernas da Promoção da Saúde (PS). Esse termo foi usado pioneiramente na década de 40, pelo historiador Henry Sigerist, onde definiu quatro tarefas essenciais para a medicina: a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação. Desta forma, o termo Promoção da Saúde foi usado para denominar as ações embasadas em educação sanitária e ações de Estado com vistas à melhoria das condições de vida (Vasconcelos & Schmaller, s/d).

Andrade (2004), afirma que Sigerist em seu livro *Medicine and Human Welfare*, editado originalmente em 1941, defendeu um programa de saúde com poucos itens apto a ser aplicado em todos os países: a) educação livre para a população, incluindo educação em saúde; b) melhores condições possíveis de trabalho e vida para a população; c) melhores meios de recreação e lazer; d) um sistema público de saúde de acesso universal, com pessoal médico, responsável pela saúde de determinada população, pronto e capaz de aconselhar e ajudar a manter a saúde na sua restauração, quando a prevenção falhar; e) centros médicos de investigação e capacitação. Para este autor, o conceito de PS assumia um sentido amplo, que remetia à Medicina Social do século XIX (*ibid*).

Outra contribuição importante foi a de Thomas Mackeown, ao estudar o comportamento da incidência de tuberculose na Inglaterra e País de Gales entre 1948 a 1971, este demonstrou a partir dos resultados de seus estudos, que a diminuição da mortalidade dessas populações teve como determinantes fundamentais as transformações ocorridas no processo capitalista. Por exemplo, o surgimento da máquina, a reordenação das relações de produção e o imenso crescimento da produção, possibilitaram a modificação do nível de vida dos grupos sociais.

Andrade (2004), afirma que tanto Sigerist como Mackeown contribuíram de maneira essencial para que em 1974 o governo canadense produzisse um

informe intitulado “*Uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses*”, conhecido como informe Lalonde. Neste sentido, o informe Lalonde assumiu os argumentos da determinação do processo saúde/doença por múltiplos fatores, aplicando estes princípios à realidade canadense, com a definição de estratégias nacionais de saúde fazendo sugestões sobre que ações de promoção da saúde deveriam ser prioridades. No entanto:

A motivação desse documento [...], era econômica, política e técnica, pois se tentava encontrar um caminho para enfrentar o progressivo aumento dos custos com assistência médica e os seus resultados pouco eficazes[...] Apesar de apontar na direção da complexidade da produção social da saúde, o Informe Lalonde insere-se na corrente comportamentalista da Promoção da Saúde, focalizando principalmente o estilo de vida e priorizando estratégias como: marketing social, educação para a saúde e estímulo a autoajuda (CASTRO & GOSCH, 2010, pág. 17-18).

Já outros autores, como Leavell e Clark (1977), retomam o uso da expressão Promoção da Saúde (PS) a partir da esquematização da História Natural da Doença. Esta esquematização se dividia em:

prevenção primária que incluiria as ações desenvolvidas para evitar a “ocorrência da doença”, a prevenção secundária, onde as ações tinham como objetivo prevenir a “evolução do processo patológico no organismo”, levando a cura ou evitando complicações; e a prevenção terciária que incluiria as ações destinadas à fase final do processo, visando atenuar a invalidez (ANDRADE, 2004, pág. 77).

Esquema da História Natural das Doenças segundo Leavell e Clark, 1976



Fonte: Leavel & Clark (*apud* Castro & Gosch, 2010, pág. 15).

Neste contexto, a Promoção da Saúde estaria situada na primeira fase da prevenção (primária) e se constituía em ações que objetivavam ampliar a saúde e o bem-estar gerais, se caracterizando em um nível de atenção da medicina preventiva (Vasconcelos & Schmaller, s/d). Desta forma, a PS se limita ao desenvolvimento de ações de educação sanitária, como se os determinantes do adoecimento nos indivíduos e na coletividade se devessem apenas a ignorância e maus hábitos.

Westphal (2006 *apud* Vasconcelos e Shmaller, s/d), afirma que apesar da limitação no desenvolvimento do modelo da PS, as concepções de Leavell e Clark podem ser consideradas como avançadas para o cenário da época, pois alerta os profissionais de saúde para a importância dos estilos de vida na prevenção de doenças, incluindo nestas ações educativas e comunicacionais, confrontando de algum modo o modelo assistencial privatista. No entanto,

percebe-se que estas ideias não apreendem os efeitos das condições de vida e trabalho nos níveis de saúde das populações.

3.1.2. A Promoção da Saúde no mundo

Nas décadas de 70 a 80, quase todos os países do continente europeu e da América do Norte enfrentavam a crise do Estado de Bem-Estar Social, em função do esgotamento desse modelo, atrelado a uma nova crise estrutural do capitalismo. Cada vez ficava mais claro e evidente para as autoridades sanitárias desses países o reconhecimento da influência de outras condições determinantes da saúde e da qualidade de vida, além da assistência à saúde. Nesta direção, a saúde e a doença não se refeririam mais ao meio ambiente nem ao sujeito nem a ação de um sobre o outro isoladamente, mas a uma complexa rede de interrelações e interdependências em que não se poderia precisar uma origem última ou uma causalidade linear.

Diante deste panorama, surge nestas décadas um movimento ideológico e social, denominado por alguns autores de “Nova Promoção da Saúde”, onde se podem destacar alguns pontos relevantes. Começa a se delinear uma nova tensão paradigmática de como a produção de saúde foi formulada até então, como se a disputa paradigmática do século XIX fosse retomada. O eixo central do debate volta a ser o processo de produção social de saúde/doença. Começa a se relacionar de maneira mais consistente as dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas na sociedade com as determinações da saúde e ressalta-se a combinação de estratégias a partir de uma ação coordenada entre os diferentes setores sociais, do Estado e da sociedade civil, com a finalidade de alcançar um desenvolvimento social mais equitativo.

Em suma, “a saúde não é assegurada apenas pelo setor da saúde. Observa-se também, forte componente internacionalista presente nos documentos, cartas e conferências que definem a sua natureza políticas” (ANDRADE, 2004, p. 79).

Desta forma, a saúde está relacionada a um “conjunto de valores”: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação, parceria, desenvolvimento, justiça social, revalorização ética da vida. Desta feita, a promoção de saúde demanda uma ação coordenada entre os diferentes setores sociais e de outros parceiros intersetoriais (Ibid.).

Na I Conferencia Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, os profissionais reunidos em Ottawa, no Canadá, aprovaram a Carta de Ottawa, documento este considerado o mais importante marco conceitual da Promoção da Saúde. O conceito de saúde que permeia a carta de Ottawa acentua que:

Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um sujeito ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e mudar e se adaptar ao meio. Saúde é, portanto, vista como recursos para a vida diária, não objetivo da vida. Saúde é um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais assim como capacidades físicas. (PROMOCIÓN DE LA SALUD, 2000, p. 12)

Na II Conferência Mundial de Promoção da Saúde, acontecida em Adelaide, Austrália (1988), o conceito de política pública saudável foi aprofundado e ressaltado a orientação de que a elaboração de políticas saudáveis necessita, acima de tudo, de vontade e compromisso político de todos os setores envolvidos com a saúde. Foi indicado também quatro áreas para a sua introdução imediata: saúde das mulheres, acesso à alimentação e nutrientes saudáveis, redução do consumo de tabaco e álcool, e criação de ambientes saudáveis.

A III Conferência Mundial de Promoção da Saúde, acontecida em Sundsvall, Suécia em 1991, teve o grande papel de colocar o tema ambiente na agenda da saúde. Afirmou que um ambiente favorável é de suprema importância para a saúde. Ressaltou que os conflitos armados, o rápido crescimento da população, a alimentação inadequada, a falta de meios para garantir autodeterminação e a degradação dos recursos naturais são fatores prejudiciais à saúde (BRASIL, 2001).

Na IV Conferencia Mundial de Promoção da Saúde, Jacarta Indonésia em 1997, constatou-se que a estratégia de promoção da saúde desenvolvida na I CMPS mostrou-se eficiente para o melhoramento da saúde da população

(ANDRADE, 2004). Neste sentido, a declaração de Jacarta estabeleceu cinco prioridades para a promoção de saúde até o século XXI:

1. Promover a responsabilidade social da saúde;
2. Aumentar a capacidade da comunidade e o apoderamento dos indivíduos;
3. Expandir e consolidar alianças para a saúde;
4. Aumentar as investigações para o desenvolvimento da saúde;
5. Assegurar uma infra-estrutura para a promoção da saúde (BRASIL, 2001).

Na realização da V Conferencia de Promoção da Saúde, acontecida no México, no ano de 2000, colocou-se em pauta o não cumprimento da maioria dos acordos assumidos durante as Conferencia anteriores. Neste sentido, foi privilegiado a discussão entre os representantes ministeriais dos países participantes. As pautas das discussões eram os assuntos relacionados às prioridades estabelecidas na reunião ministerial, reafirmando também a importância da Promoção da Saúde, da focalização dos determinantes da saúde e da necessidade de se construir um mundo com mais equidade.

Ainda no ciclo das Conferências, em 2005 aconteceu em Bangkok, a VI Conferência Internacional de Promoção a Saúde. Nesta ocasião várias estratégias foram discutidas no sentido de garantir a sustentabilidade ambiental e das ações de Promoção a Saúde. Temas como o da globalização, revolução tecnológica, fortalecimento dos movimentos sociais, foram valorizados pelos atores da Promoção da Saúde. Buscaram-se também o estabelecimento de parcerias, como importantes componentes, incluindo também o setor privado, apesar das contradições que esse tipo de ação encerra.

Partiu-se do pressuposto que tanto os países em desenvolvimento, quanto os desenvolvidos, enfrentam condições de saúde que comprometem seu futuro e seu desenvolvimento econômico. Assim, foram elencadas responsabilidades a serem adotadas urgentemente pelos governos e tomadores de decisão: fortalecer as lideranças, tomar a promoção da saúde como política transversal, empoderar comunidades e indivíduos, fortalecer os processos participativos e construir e aplicar conhecimentos em torno da busca de evidências da efetividade da promoção da saúde (CASTRO & GOSH, 2010, p.23).

Diante destes movimentos mundiais de promoção a saúde, ficou claro que muito do que influi na saúde se encontra fora do campo das intervenções médicas ou da saúde pública de caráter tradicional. Além de governos e profissionais de saúde, muitos outros atores devem estar envolvidos na elaboração desse tipo de política. Tais atores podem representar, por exemplo, os setores do bem-estar social, das indústrias, da educação, da economia e comércio, da mídia e das comunidades.

3.2. A Intersectorialidade: um debate aberto

A reflexão sobre os problemas contemporâneos nos coloca diante da impossibilidade de resolvê-los de maneira isolada e nuclear. O pensamento fragmentado tradicional e suas consequentes intervenções diante destes não permitem a visualização das novas questões sociais que emergem ao nosso tempo. Os valores dominantes que ilustravam a nossa cultura por várias centenas de anos, faziam referência a um universo mecânico, composto por blocos de construção elementares, no qual a visão do homem como uma máquina se dividia em várias partes constituintes, que na maioria das vezes não mantinham relação entre si.

No entanto, para Capra (1998), quanto mais se estuda os problemas de nossa época – seja de que ordem for - mais se entende que estes não são únicos e divididos, mas sim, sistêmicos, ou seja, que estão interligados e interdependentes se constituindo em diferentes facetas de uma única crise. São problemas que não podem ser entendidos isoladamente, que se adentram em campos múltiplos de conexões, na busca de suas resolutividades e apreensões no próprio conhecimento.

Neste sentido, reler historicamente as políticas sociais, dentre estas a de saúde, se torna fundamento importante para compreender esse atual momento nesta emergência de uma nova ordem social, diante de suas concepções e suas práticas. Trata-se agora de reconhecer a complexidade do fenômeno e

diante deste, a humildade do pensamento tradicional, que se caracteriza como fragmentado, sendo incapaz de gerar efeitos significativos sobre a realidade contemporânea. Não se trata, pois, de ignorar a prática fragmentada de se fazer, por exemplo, das políticas sociais, mas sim de reconhecê-la como insuficiente.

Mioto e Shutz (2011), afirma que as políticas públicas é um imperativo para a própria materialização dos direitos sociais. Estes por sua vez se caracterizam pela provisão das necessidades sociais por um sistema de proteção social por parte do Estado. A ideia é que as problemáticas que são enfrentadas pelos homens possam ser assumidas coletivamente pela sociedade, com a cobertura do Estado, que criará um sistema institucional capaz de atender a essas demandas. Percebe-se que, para o Estado possa garantir estas políticas, as necessidades sociais deverão ser contempladas por estas políticas de forma integral. No entanto, não se torna possível garantir o direito a saúde, por exemplo, sem que sejam atendidas outras necessidades como lazer, educação, moradia, trabalho, entre outras. Apesar disso, reconhece-se ainda que as políticas públicas e os serviços públicos se configuram de forma setorializada.

Junqueira (2004) afirma que cada política social desenvolve a seu modo uma solução, sem necessariamente considerar o cidadão ou os cidadãos envolvidos na sua totalidade, e também não considera a ação das outras políticas sociais. Segundo Junqueira; Inojosa e Komatsu (1997, p.22).

As estruturas setorializadas tendem a tratar o cidadão e seus problemas de forma fragmentada, com serviços executados solitariamente, embora as ações se dirijam à mesma criança, à mesma família, ao mesmo trabalhador e ocorra no mesmo espaço territorial e meio ambiente.

Estes autores nos mostram que este modelo dividido por setores promove ações de caráter isolado, se caracterizando assim como ineficaz, já que a inclusão social passa pela satisfação de um conjunto de direitos inter-relacionados. Percebe-se também que muitas vezes, a fragmentação dessas

políticas sociais são percebidas pelos profissionais que prestam diretamente os serviços a população:

[...] A professora vê que seu trabalho perde efetividade se a criança que está sob seus cuidados além de não ter nutrição adequada, mora em condições adversas, não tem acesso a serviços de saúde, atividades de cultura, esportes e lazer, não é protegida de riscos e violências. O médico e a enfermeira também se afligem ao perceber que os agravos e riscos à saúde de determinado grupo não são superados porque sua moradia não tem saneamento, porque há depósito de lixo nas proximidades etc. Só que nem a professora nem o médico têm, nas organizações tradicionais setorializadas, condições de encaminhar efetivamente esses problemas, de canalizar essas necessidades e demandas, que são de áreas distintas da administração pública (ibidem, p.22).

Diante desse exemplo, observa-se a setorização das políticas públicas, sendo em grande parte influenciada pela própria segmentação das disciplinas. É como se o aparato governamental fosse todo fatiado por conhecimento “ninguém encara as pessoas e famílias como totalidade que são” (Inojosa, 2001, p. 103).

Segundo Nascimento (2010, p.98), é nesta condição de interesse que surge a função dos partidos políticos, dos movimentos sociais, conselhos de direitos e a própria sociedade que elege os seus representantes. Os conflitos por sua vez são expostos e clarificados ou obscurecidos de acordo com os *lobbys* realizados pelas partes. Neste sentido, quando a gestão municipal está submetida ao interesse das elites locais, passa a ser guiada por um único projeto de desenvolvimento. Tal projeto é baseado em dois elementos: “o uso privado dos equipamentos e serviços públicos em proveito próprio e de seus pares e a manutenção de seu eleitorado cativo” (RAMOS, 2002, p. 116).

Desta forma, vale também destacar a influência da lógica cartesiana neste modelo de intervenção desenvolvido pelo Estado:

A construção do saber científico pode ser incorporada, não como uma explicação extemporânea e a-histórica, mas a partir da apreensão da construção parcelar das ciências, sob inspiração cartesiana. A segmentação dos setores da vida e do humano permitiu, no momento da necessidade de uma intervenção deliberada, que os problemas, nas dimensões sociais e biológicas, sofressem uma intervenção fragmentada e pontual, onde a cada disciplina ou saber científico respondesse por um objeto ou aspecto único, desaparecendo a visão da totalidade do ser, de sua integralidade. Esse trato do mundo social e do mundo físico favoreceu os mecanismos de incorporação das demandas sociais pelo Estado, através de políticas de corte setorial” (NOGUEIRA, 2002, p. 17).

A partir deste panorama, se constata que esse aparato setorial que amolda as políticas sociais implementam políticas endógenas, ou seja, sempre de dentro para fora, atendendo a realidade de modo desarticulado, onde cada setor desenvolve as suas próprias soluções, num movimento de si para si. Portanto a situação dificulta a prestação de serviços públicos que contemple o usuário em uma realidade mais ampla, não permitindo uma maior resolutividade.

Portanto, observa-se que a intersetorialidade tem sido evocada no campo da prática a essa fragmentação do Estado. Sua importância para as políticas públicas envolve ações integradas de distintos setores, a partir de necessidades da realidade concreta, de modo a colocar em pauta as peculiaridades de suas condições de vida.

Essa maneira de trabalhar está baseada no reconhecimento do não conhecimento, da insuficiência do que já é sabido, da necessidade de criar novas alternativas, que dependem de outros olhares, outros saberes, outras forças. O primeiro passo é reconhecer as limitações do olhar setorial - cada qual detém uma parte da verdade, das explicações, mas não a totalidade. É necessário reconhecer que não se têm todas as respostas e nem poder suficiente para dar conta do problema. Os vários segmentos devem estar dispostos a abrir mão de parcelas de poder para viabilizar uma ação mais potente (MACHADO, p.4, s/d).

A seguir delinaremos alguns enfoques e apontamentos vinculados ao conceito da intersectorialidade, ou seja, como ele aparece no campo das políticas públicas, enfatizando nesta discussão as políticas de saúde. Em seguida, se pretende promover uma aproximação entre as práticas de saúde e cuidado com as estratégias intersectoriais no ampliado campo da saúde mental.

3.2.1. O Campo Intersectorial e as Políticas Sociais – de Saúde

As mudanças que vêm ocorrendo no mundo moderno introduziram um novo modo de pensar, bem como de construir a ciência. Percebe-se que a qualidade de vida demanda uma visão integrada dos problemas sociais, considerando estes problemas onde eles se manifestam. É nesta direção que diversos autores insistem que o reconhecimento da população, em suas singularidades, tendo em vista as determinações múltiplas, situa-se no campo da intersectorialidade:

a intersectorialidade é a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Visa promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social (JUNQUEIRA;INOJOSA; KOMATSU, 1997, p.24).

Como se percebe, é uma nova lógica para a gestão da cidade, onde se busca a superação da fragmentação das políticas, superando com isso a exclusão social. Desta forma se constitui em uma concepção que informa uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, para garantir o acesso igual aos desiguais. Neste aspecto tem como característica alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e de seus interesses.

Nesta perspectiva, a intersectorialidade não é simplesmente um conceito que engloba apenas as políticas sociais, mas também sua interface com outras

dimensões do próprio território, como sua infra-estrutura e ambiente, que também determinam sua organização e regulam a maneira como se dão as relações entre os diversos segmentos sociais. Isso reflete na ousadia das mudanças das alianças de todos os que incrementam a qualidade de vida do cidadão, dentro e fora da administração pública estatal. Tratar os cidadãos de um mesmo território diante de seus problemas de maneira integrada exige um planejamento articulado das ações e serviços que constituem as redes que estes cidadãos podem acessar. “Portanto, diante desses conceitos arrolados a intersetorialidade mobiliza sujeitos, setores e conhecimentos em prol da articulação integrada de políticas públicas” (Shutz & Mioto, 2010, p. 62).

Neste sentido, Nascimento (2010, p.99) concordando com autores como Koga (2003), Ribeiro (2007) e Sposati (2006) admitem ser

o território local privilegiado para realizar a articulação entre as políticas de desenvolvimento urbano e as sociais por considerarem importante a presença dos sujeitos que são alvo das referidas políticas, bem como a valorização desses sujeitos no atendimento aos direitos sociais por eles demandados.

Por sua vez Andrade (2006), se refere a intersetorialidade além do conceito, se localizando como construção de práticas intersetoriais, construídas em um espaço novo, forjada com base em problemas concretos.

Este espaço será construído com a contribuição dos setores, que ali aportam seu acúmulo histórico e organizacional, teórico e metodológico, reconhecendo, no entanto, não ser o acúmulo setorial suficiente para a formulação no campo das políticas públicas [...] (ibidem , p. 282).

Outro elemento associado à intersetorialidade é a descentralização. Junqueira, Inojosa e Komatsu (1998) consideram a aproximação destes conceitos importantes, na medida em que a descentralização tem a capacidade de distribuir poder para instâncias mais acessíveis a população e a intersetorialidade permite a realização do atendimento das necessidades da população de forma integrada. Postulam a relevância destes eixos na

construção do desenvolvimento social pela ação do Estado. Desta forma, a intersetorialidade depende de uma série de mudanças no âmbito da gestão e prestação dos serviços, pois é um processo político complexo que envolve diferentes dimensões ligadas ao campo das políticas públicas, tais como: a descentralização, a própria gestão envolvida, o planejamento aos direitos, entre outras. Neste processo, devem ser potencializados mecanismos de democratização do planejamento e avaliação das políticas, de forma que se tornem mais permeáveis a população. Para entender os processos intersetoriais em nossas políticas é necessário ter a compreensão da gênese e formação das políticas sociais brasileiras.

Neste sentido, a política social pode ser concebida como produto dos processos históricos, e pode-se demonstrar que a partir da década de 1990 houveram alguns ganhos que traçam a sua estrutura enquanto política pública e direito social com a Constituição Federal de 1988 e, na década seguinte com a promulgação da LOS (Lei Orgânica da Saúde) e LOAS (Lei Orgânica de Assistência Social). Com essa Constituição Federal, se impõem um caráter democrático e qualitativo no traço da efetivação dos direitos sociais e processos de descentralização, controle social e participação popular na gestão das políticas sociais.

Um dos exemplos de políticas sociais que destacamos é a do campo da saúde. “O debate sobre a saúde para todos, remonta as lutas da reforma sanitária no Brasil, o processo de democratização da saúde e a conquista do SUS” (NASCIMENTO, 2010, p.110). Neste aspecto, as expressões que apontam para uma atuação intersetorial podem ser encontradas, por exemplo na Lei nº 8.080, no seu art. 2º:

dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (ibidem, p.111).

Observou-se que a questão da participação pode ser outro sinônimo de intersetorialidade, bem como a palavra colaboração, conforme as ponderações da Lei n. 8.080/90, no art. 6º, quando faz menção “participação na formulação

da política e na execução de ações de saneamento básico e a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o da saúde do trabalhador”. A participação e a colaboração, de acordo com o artigo, são o campo de atuação do Sistema Único de Saúde.

Portanto, a intersetorialidade se vincula ao conceito ampliado de saúde, uma vez que não é possível promover a saúde sem suprir uma gama de necessidades sociais (saneamento, alimentação, lazer, educação, etc). Dessa forma, a saúde se caracteriza como sendo um dos melhores indicadores para medir como os outros direitos humanos têm sido protegidos ou promovidos na interface do processo da determinação social de saúde/doença.

Nesta perspectiva,

a intersetorialidade não é um conceito que engloba apenas as políticas sociais, mas também sua interface com outras dimensões da cidade, como sua infra-estrutura e ambiente, que também determinam sua organização e regulam a maneira como se dão as relações entre os diversos segmentos sociais(SCHUTZ & MIOTO, 2010, p.62) .

Entendendo a concepção saúde/doença em seu sentido mais amplo, como um componente indissociável na própria vivência humana, onde a saúde um bem e um direito social, a promoção desta propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução.

Neste sentido, a lógica intersetorial de atuação deve referir-se basicamente à população e ao espaço onde se situam. Assim, a base populacional e geográfica permite que se identifique os problemas e as possibilidades de sua solução para atingir uma vida com qualidade.

Percebe-se que toda a literatura e torno da promoção a saúde demonstra que esta não pode ser promovida por um único setor. Pelo contrário, implica a satisfação de uma série de necessidades sociais e, por isso, evoca a construção contínua de políticas públicas intersetoriais permanentes. Portanto, o desempenho da política de saúde tem vinculação direta com as demais políticas sociais e com a forma que os bens estão sendo distribuídos.

Nos próximos capítulos continuaremos a tratar sobre as práticas de saúde e de cuidado e as consequências que as estratégias intersetoriais possibilitam para essas práticas. Porém, focalizaremos as práticas e as políticas emergentes no campo da saúde mental, que se desdobram na promoção da atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

3.3. A Emergência do Campo da Saúde Mental

Diante do caminho conceitual percorrido, se faz necessário iniciar algumas aproximações em relação ao nosso objeto de pesquisa. Ao pensar na importância da perspectiva ampliada de saúde que toda a discussão sobre os primórdios da promoção de saúde e sua potencialidade de empoderamento por outros setores nos trouxe, juntamente com a estratégia da Intersetorialidade como possibilidade de construção de uma política mais ampla, começamos a caminhar, diante de um movimento iniciado nos anos 70 em nosso país, que sendo contemporâneo ao movimento da reforma sanitária, traz consigo aproximações em termos de expansão gradual de forças progressistas na própria consolidação de um movimento democrático que originou o SUS. Tal movimento, que pode ser denominado genericamente de movimento da Luta Antimanicomial, começa a questionar as práticas de “saúde” psiquiátricas e históricas vigentes na época, em relação a pessoas com transtornos mentais ou decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. Inicia-se a relação de maneira mais consistente, assim como no movimento da promoção a saúde – guardando suas devidas diferenças- as dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas da sociedade, como fatores importantes nas práticas e nas políticas de cuidado.

O campo da doença mental passa agora a ser chamado de campo da “saúde mental”, numa tentativa de promover a responsabilidade social da saúde, aumentando a capacidade da comunidade e o empoderamento dos próprios indivíduos diante de seus caminhos percorridos na sociedade.

Neste aspecto, Lobosque (2001), afirma que foi no final dos anos 70, quando a ditadura produzia suas últimas imposições, teve-se início esse movimento muito vivo de reorganização das forças democráticas. Nesta redemocratização do país, alguns trabalhadores da saúde mental de vários estados brasileiros, se reuniram em torno de propostas de uma reforma abrangente, que pudesse mudar a maneira da assistência ao portador de sofrimento psíquico que existia até o momento.

Para Cavalcanti (2008, p.127)

emergem na cena política brasileira, nesse período, novos atores sociais, novas e heterogêneas configurações de forças, esboçando-se no país uma rede de possibilidades em torno da participação política.

Tenta-se incluir nessa trajetória de mudanças, perspectivas de ordem social, econômica e política, incorporando os diversos setores da população.

Vale lembrar que toda a política assistencial exercida na primeira metade do século XX, priorizou a construção de grandes hospícios públicos destinados ao atendimento da população em geral. Já a partir da década de 60, houve uma grande proliferação de hospitais psiquiátricos privados, caracterizando uma política privatista do governo militar. Então, para Lobosque (2001), a reforma iniciada no final da década de 70, enfrentou três grandes obstáculos: os preconceitos sociais que eram fortemente enraizados na cultura (preconceitos centenários que muitas vezes ecoam nos dias de hoje), a resistência dos setores *psí*, que tenderam a encarar as transformações efetivas da situação como algo que feriam os princípios da ciência e da técnica e o terceiro obstáculo foi em relação àquele representado pela indústria da loucura, a partir de um contexto de todo um processo de mercantilização da saúde e medicalização do cuidado. Portanto, foram basicamente estes obstáculos que colocaram o Brasil numa situação singular no panorama internacional no que diz respeito à reforma psiquiátrica.

3.3.1. Primórdios da Luta Antimanicomial

Situamos o final da década de 70¹ como o início da reforma psiquiátrica brasileira, pois este período é caracterizado por um amadurecimento de concepções políticas internas, sem necessariamente a importação de modelos do exterior.

Tenório (2001), afirma que a experiência das comunidades terapêuticas ocorridas no Brasil entre os anos de 60 e 70, caracterizou-se como uma primeira reação às estruturas tradicionais do aparato asilar, pois trouxe um novo modelo discursivo/organizacional que comandou e remodelou as ações do cotidiano hospitalar, ou seja, de práticas de saúde unilaterais. No entanto, estas primeiras tentativas de mudança fracassaram, pois essas experiências foram absorvidas pelos manicômios privados que não estavam interessados em mudança alguma, servindo apenas ao marketing das próprias instituições, não deixando com isso de ter um caráter conservador.

É importante considerar que a criação destas formas de atendimento foi acompanhada por denúncias de fraudes no sistema de financiamento dos serviços, de abandono, de violência e de maus tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos grandes hospícios do país.

Foi a partir destas denúncias que em 1978 criou-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que combinava reivindicações trabalhistas junto a um discurso humanitário, alcançando grande repercussão, e fazendo com que, nos anos seguintes o MTSM liderasse os acontecimentos, ganhando o caráter definitivamente antimanicomial.

No rol das denúncias, e tendo como aspecto circundante o debate em torno da democratização dos serviços de saúde no país, ocorre um fato histórico importante e que leva a uma divulgação mais ampla a situação da rede psiquiátrica nacional (CAVALCANTI, 2008, p. 127).

¹ Vale salientar que neste mesmo período estava se construindo uma proposta de política pública universalizante que tentava envolver vários setores sociais.

Em decorrência de todo esse período de questionamentos, uma crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental/MS), que culminou na demissão sumaria de técnicos do Ministério, principalmente aqueles que atuavam na fiscalização e no ordenamento dos hospitais psiquiátricos ligados ao órgão (CAVALCANTI, 2008).

Ainda sobre esse fato, Bezerra Jr (1994 *apud*, CAVALCANTI, 2008, p.127-128),

esse fato impulsiona a busca de novas alternativas para a área, já que a pressão exercida pelos setores progressistas do campo psiquiátrico foi tão bem sucedida que extrapolou a simples denúncia, atingindo uma estrutura estatal que funcionava como legitimador do modelo asilar perpetuado por longo período. Expor a DINSAM significou a confirmação de muitas das denúncias realizadas, afinal, a DINSAM era o órgão federal responsável pela assistência psiquiátrica em todo o país. O alvo das críticas era o governo central e sua política de saúde. A violência e o descaso em relação aos pacientes internados tornam-se exemplificação extremada da natureza inaceitável do regime.

A partir da década de 80, com a intensificação das críticas às políticas de saúde vigentes até então no estado autoritário brasileiro, deu-se ênfase à administração e ao planejamento dos serviços e à ampliação do acesso da população à assistência em saúde.

apostou-se no aperfeiçoamento técnico e no gerenciamento honesto e competente dos recursos da ciência médica pela gestão pública [...] as iniciativas foram basicamente duas: racionalização, humanização e moralização do asilo e a criação de ambulatórios como alternativa ao hospital de internação (TENÓRIO, 2001, p. 30-31).

Muito além destas críticas, a década de 80 também assistiu a outros processos indispensáveis à reforma. Houve uma ampliação dos atores sociais que se envolveram no processo, processo esse não mais pertencente ao âmbito da saúde, ocorrendo uma reformulação legislativa nas próprias leis e o surgimento de várias experiências institucionais bem sucedidas na configuração de um novo tipo de cuidado em saúde mental. Além desse espectro mais amplo, houve incontestáveis avanços no plano político nacional

em termos da consolidação do movimento organizativo em torno da reforma psiquiátrica brasileira.

Em 1987 aconteceram dois eventos que marcaram a segunda década de 80. Tivemos a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Na I CNSM foram discutidas proposições gerais como a concepção de saúde, a participação popular, questões referentes à cidadania e o interesse dos usuários por detrás de sua sintomatologia. Esta conferência foi realizada sob o clima de intensas discussões e o seu relatório final ficou para a história do movimento da reforma psiquiátrica, que fez prevalecer suas teses em praticamente todos os temas.

Já no II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (1987), houveram críticas enfatizando a própria natureza do saber, das práticas e dos processos de cuidado existentes nas instituições psiquiátricas, estas últimas por sua vez, deviam ser questionadas, no sentido de convocar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o sofrimento psíquico, na tentativa de elaborar políticas públicas alinhadas com o próprio movimento de democratização da saúde que começava a se instaurar neste período. Nesta ampliação de participação do movimento, instituiu-se o 18 de maio como o dia nacional da luta antimanicomial, na tentativa de potencializar o poder de aglutinação de grandes parcelas da sociedade. Agora:

não se trata apenas de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatórios e hospitais de internação), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o que exige rediscutir a clínica psiquiátrica em suas bases (TENÓRIO, 2001, p. 33).

Amplia-se, portanto, o diálogo com os vários segmentos da população:

A partir de então, passa-se a lutar por uma sociedade sem manicômio, deixando de restringir o movimento ao campo médicoassistencial e aos serviços assistenciais. A transformação destas teria que ser percebida de uma discussão mais abrangente e dialogada com outros saberes (CAVALCANTI, 2008, p. 129).

Vasconcelos (2007 *apud* SANTOS, 2009, p.59), afirma que: “os dois principais instrumentos legais da saúde pública foram sancionados nesta

época, a saber, a Constituição Federal (CF) de 1988 e a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990[...]. Foi um momento de avanços no plano jurídico”.

Ainda na década de 80 acontece a iniciativa de uma revisão legislativa por parte de alguns parlamentares. O deputado Paulo Delgado (PT-MG), em 1989 apresenta um projeto de lei que ficou conhecido como “Lei da Reforma Psiquiátrica”. Este projeto só foi efetivamente aprovado como lei no ano de 2001, mas desde sua tramitação no congresso, produziu uma intensificação sem precedentes da discussão sobre o tema em todo país.

Originalmente, o projeto do deputado Paulo Delgado tinha apenas três artigos: o primeiro vetava a construção de novos hospitais e a contratação de leitos psiquiátricos pelo governo em hospitais privados; o segundo direcionava os recursos públicos para a criação de recursos não-manicomiais de atendimento e o terceiro artigo obrigava a comunicação das internações não voluntárias à autoridade judiciária, que por sua vez estaria obrigada a emitir um parecer sobre a legalidade da internação. Portanto, foi um projeto que tentou por fim à instituição manicomial, induzindo a sua substituição progressiva por outros mecanismos de assistência pública ao portador de sofrimento psíquico (TENÓRIO, 2001).

Portanto, Cavalcanti afirma que,

a modificação da assistência psiquiátrica seria conseqüência de mudanças mais profundas nos modos como são postas e gestadas as políticas sociais de modo geral. Era no plano político que a aglutinação das forças progressistas teria que centrar seus esforços. Nessa dimensão, ocorria o embate maior, e as reformas (tanto da saúde, quanto da assistência psiquiátrica) seriam produtos decorrentes. Essa percepção, fruto do amadurecimento de grande parte dos profissionais da área, muda suas diretrizes no interior dos serviços, nas universidades, nas entidades representativas da sociedade civil. A partir de então, “convencidos dos limites da intervenção no nível das macropolíticas e no interior de instituições cronificadas”, os profissionais passam a difundir uma discussão mais ampla, envolvendo desde a questão jurídica que cerca os psiquiatrizados, até as condições necessárias para a preservação da saúde mental (2008, p.129).

3.3.2. Novos serviços: A Atenção Psicossocial

Como vimos, foi a partir da segunda metade dos anos 80, que o movimento de transformação da saúde mental passou por importantes mudanças com a criação de novos serviços num contexto histórico, político e conceitual emergente da sociedade. Neste sentido,

a realização das duas conferências nacionais de saúde mental em 1987 e 1992, somada à inscrição da proposta do sistema único de saúde (SUS) na carta constitucional de 1988, abrem novos caminhos para a saúde pública, produzindo novas experiências em suas intervenções junto à loucura no Brasil neste período de redemocratização (AMARANTE & TORRE, 2001, p.37).

Neste sentido, a superação da situação de internamento torna-se o principal objetivo de todo o movimento da Reforma, juntamente com a preocupação em expandir a rede substitutiva no Sistema Único de Saúde (SUS). Ou seja, não basta fechar simplesmente as instituições totais manicomiais, mas é preciso construir equipamentos sociais e de saúde para acolher e acompanhar os egressos dessas longas internações e atender os novos pacientes em seu próprio território (FURTADO & CAMPOS, 2005). Ficou claro que não são as práticas de cuidado unilaterais, de isolamento, medicalização e confinamento que propiciam uma maior resolutividade nas demandas no campo da saúde mental, mas ao contrario, essas praticas precisariam e deveriam se situar fora do campo das intervenções médicas ou da saúde pública de caráter tradicional.

Neste contexto transformativo, as portarias ministeriais 189/91 e 224/92, instituíram novos procedimentos nas tabelas dos sistemas de informações hospitalares (SIH) e sistemas de informações ambulatoriais (SAI) / sistema único de saúde, com o objetivo de criar novos serviços de atenção à saúde mental. “Assim tornou-se necessário refletir sobre os chamados *novos serviços*, considerando fazerem parte de um processo importante na construção de uma nova *praxi* na área” (AMARANTE & TORRE, 2001, p. 27).

Neste aspecto, a reforma psiquiátrica começa a se concretizar com a transformação em leis federais, estaduais e municipais de propostas originadas nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, se constituindo em portarias ministeriais que viabilizaram a organização e o financiamento dos chamados Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Serviços Residenciais Terapêuticos (moradias) e oficinas protegidas.

Duas experiências institucionais consideradas como o marco destes novos serviços substitutivos podem ser citadas. A experiência de Santos e também da criação do Caps Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo. Situamos estas duas experiências como dispositivos pioneiros de consolidação de uma nova alternativa de tratamento público que se pode dizer bem sucedida diante de seus objetivos de fundação.

A experiência santista surgiu a partir da intervenção pública realizada pela nova administração na Casa de Saúde Anchieta, no ano de 1989. A casa Anchieta era uma clínica privada contratada pelo poder público para prestar assistência à população. Sua intervenção ocorreu a partir de denúncias de mortes, abandono, maus-tratos e superlotação, denúncias estas logo comprovadas desde o início da intervenção.

Logo no primeiro dia foram arrancadas as portas das celas fortes, proibidos os eletrochoques, todas as formas de maus-tratos físicos ou psicológicos; foi permitido o acesso dos pacientes aos dormitórios e visitas todos os dias da semana [...]. Os antigos médicos tinham abandonado os plantões. Foram organizadas as enfermarias, cada paciente começou a dormir em uma cama onde estava escrito seu nome (anteriormente os mais fortes ocupavam a cama e os outros dormiam no chão) [...].(LANCETTI 1989, *apud* TENÓRIO, 2001, p. 35-36).

Após este primeiro momento – esta etapa de desconstrução hospitalar em sua própria arquitetura – houve a criação de uma rede de cuidados intersetoriais tendo o NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) como eixo principal. Neste sentido, os NAPS se caracterizavam como estruturas abertas, regionalizadas, que possuíam a responsabilidade por toda a demanda da região, oferecendo cuidados 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive o atendimento de tipo internação. É neste sentido que a instauração

dos NAPS possibilitou uma tomada de responsabilidade, ou seja, a responsabilidade do serviço de toda a área territorial de referência, com a proposta de atuar ativamente na sua promoção.

É importante observar que algumas estratégias dos atuais serviços substitutivos tiveram origem com o modelo dos Núcleos de Atenção Psicossocial. Por exemplo, a abertura do debate aos cidadãos, o dialogar com a comunidade, sindicatos ou associações, fazendo com que não mais seja exclusiva apenas a compreensão dos técnicos e funcionários; a criação dos PTI's – projeto terapêutico individual – que envolve cuidar de uma pessoa, fazer-se responsável ao evitar o abandono, são estratégias herdadas deste momento e que são indispensáveis atualmente para uma assistência no campo da saúde mental. Portanto, é a partir destes princípios e de tantos outros que o NAPS tornou-se um serviço substitutivo ao modelo manicomial, havendo uma compreensão e a real possibilidade do atendimento à crise aos usuários que procuram o serviço.

Para Tenório (2001, p. 37),

a experiência de Santos valeu-se de grande ousadia política e se inspirou em um radical questionamento dos pressupostos da psiquiatria no plano conceitual, operando segundo um programa muito objetivo no plano político.

A outra experiência foi o Centro de Atenção Psicossocial Prof^o Luiz da Rocha Cerqueira, que começou a funcionar em 1987, na cidade de São Paulo. Este CAPS tornou-se uma espécie de exemplo para um novo modelo de cuidados da psiquiatria brasileira. Seu projeto o define como uma estrutura intermediária entre o hospital e a comunidade, oferecendo as pessoas um espaço institucional que buscasse entendê-las e acompanhá-las em busca do exercício da vida civil.

Pensa-se, portanto, numa rede assistencial externa, intermediária, não-cronificante e não-burocratizante, ligada a sociedade e à comunidade, quando é ressaltada a cronificação do hospital e a burocratização dos serviços externos (AMARANTE & TORRE, 2001, p.29).

Um de seus objetivos é a pretensão de funcionar como uma espécie de “filtro” de atendimento entre o hospital e a comunidade, visando à prestação de serviços de caráter multiprofissional. Houve, portanto, uma diferença entre a experiência de Santos e o CAPS de São Paulo, pois enquanto aquele consistiu em todo um programa de políticas públicas, o CAPS Luiz Cerqueira foi uma unidade específica da rede pública do estado de São Paulo.

Com o surgimento do Caps Luiz Cerqueira e dos Núcleos de Atenção e Promoção à Saúde (Naps) de Santos, muitos outros serviços passaram a ser criados, com destaque para os Cersam (Centro de Referência em Saúde Mental), implantados em Minas Gerais.

No início da década de 90, mais precisamente, em novembro de 1991, o Ministério da Saúde promulgou a portaria 189 e, em 29 de janeiro de 1992, a portaria 224, que estabeleceram os novos procedimentos em assistência psiquiátrica e atenção psicossocial.

Ou seja, além das consultas ambulatoriais e das internações psiquiátricas, passaram a ser possíveis os atendimentos em serviços de atenção psicossocial, em hospitais-dia, em oficinas terapêuticas, dentre outras (AMARANTE, 2008, p.747-748).

Apesar de não ser nossa intenção falar detalhadamente sobre esses novos serviços, se faz necessário algumas considerações sobre as articulações que podem existir nessa configuração da rede ampliada de saúde mental². Ou seja, por excelência, tais dispositivos precisam funcionar articulados em rede, não apenas entre si, mas com outros serviços sanitários (de saúde mental e saúde em geral), e em rede com outros serviços e dispositivos não sanitários. Suas atuações precisam ser intersetoriais com projetos oriundos da área de educação, da cultura, do transporte, ação social, dentre outros. Não apenas no âmbito dos projetos das políticas públicas, mas também das iniciativas que vêm da sociedade com seus vários recursos e possibilidades.

Em resumo: acolhimento, flexibilidade, atividades terapêuticas diversificadas, dimensão da cidadania dos usuários, envolvimento de vários

² Salientamos que nos próximos capítulos pretende-se desenvolver com mais complexidade essa temática da importância da intersetorialidade para a consolidação dos serviços de saúde mental.

setores nas políticas de cuidado, caracterizam estes novos serviços em resposta ao engessamento do clássico internamento asilar. Portanto, ao citarmos estes marcos iniciais da reforma brasileira, demonstramos a riqueza de concepções juntamente com a multiplicidade de estratégias intersetoriais e enfrentamentos do modelo psiquiátrico tradicional, bem como suas contribuições para o aprimoramento posterior dos serviços substitutivos da reforma psiquiátrica.

Neste sentido, no próximo capítulo, a partir desse campo em intensa expansão e criação, que é o campo da saúde mental, tentaremos desenvolver um percurso das discussões sobre as políticas públicas de saúde como estratégia de cuidado aos usuários prejudiciais de álcool e outras drogas. Pretendemos apostar na construção de uma rede de cuidado e serviços, de fortalecimento das estratégias de promoção da saúde, de concepção ampliada do processo saúde-doença, de estratégias intersetoriais de cuidado, de responsabilidade social e empoderamento da comunidade, como possibilidades de consolidação de práticas e políticas em atenção a essas pessoas que fazem uso prejudicial de drogas.

3.4. Entra na cena: os usuários de álcool e outras drogas

Ao falarmos do uso de drogas nos seus mais variados tipos e estilos um leitor desavisado, pode conceber este fenômeno como sendo exclusivo da moderna sociedade contemporânea. Sociedade esta onde se caracteriza por ter uma urbanização desenfreada e pelo incremento maciço das desigualdades sociais, realçando bolsões de pobreza e marginalidade paralela às práticas do uso dessas substâncias psicoativas.

No entanto, é sabido que na história da humanidade há inúmeros registros evidenciando o uso de drogas no cotidiano. Segundo a OMS (2004), o uso de substâncias psicotrópicas existe há milênios nas culturas humanas, sendo utilizado de várias formas por diversos povos de acordo com seus

costumes. Na maioria das etnias, as drogas sempre tiveram uma função medicinal e/ou religiosa, sendo então utilizadas em procedimentos médicos e ritos devotos. Por exemplo, egípcios usavam o vinho e a cerveja para o tratamento de uma série de doenças, como meio para amenizar a dor e como abortivo. O ópio era utilizado pelos gregos e árabes para fins medicinais, para alívio da dor e como tranquilizante. O cogumelo era considerado sagrado por certas tribos de índios do México, que o usavam em rituais religiosos, induzindo alucinações. Os gregos e romanos usavam o álcool em festividades sociais e religiosas. Ainda hoje, o vinho é utilizado em cerimônias católicas e protestantes, bem como no judaísmo, no candomblé e em outras práticas espirituais (Bucher, 1992). Nesse sentido, a utilização das drogas não representava, em geral, uma ameaça à sociedade, pois seu uso estava relacionado aos rituais, aos costumes e aos próprios valores coletivos e, ainda, não se sabia dos efeitos negativos que elas poderiam causar – não havia estudos científicos. Esses usos foram raramente percebidos como ameaçadores à ordem social constituída, exceto durante o período da caça aos heréticos e às bruxas (Escohotado, 1994).

Mas na atualidade, o temor da sociedade em relação ao uso de drogas expressa o perigo representado pelo que há de transgressor em tal ato.

Na atualidade, no centro das principais contradições relacionadas à questão do uso de drogas, está o comércio dessas mercadorias, num contexto capitalista em que mercadoria torna-se fetiche. É no processo de transformação do fetiche *droga ilegal*, no fetiche *dinheiro* que entram em jogo relações de produção e reprodução de riqueza, poder e simbologia (MORAIS, p. 122, s/d).

Tal fenômeno, compreendido como especialmente problemático, acarreta uma rede ilegal a partir de seu alto lucro, refletindo um contexto de miserabilidade social. Neste sentido, em relação às políticas públicas, se elege na maioria das vezes um verdadeiro discurso de “guerra às drogas”, ou seja, uma retificação da própria ilegalidade, condenando assim de forma abrupta e

preconceituosa os consumidores e remanejando estes a marginalidade de uma sociedade numa relação permeada de injustiças e desigualdades sociais.

Neste sentido, Minayo (2003 *apud*, SANTOS, 2009, p.47) destaca em relação às drogas:

que tanto as lícitas quanto as ilícitas estão imersas na economia globalizada, utilizando-se e beneficiando-se dos vários instrumentos. Reproduzindo as características mais avançadas do capitalismo contemporâneo, a produção e distribuição das SPA se configura numa organização complexa, inserida nos circuitos globais, através de redes internacionais, atingindo todas as populações mundiais.

No ambiente social de combate, a intervenção repressiva situa as relações com a droga a partir da violência, e muitos usos problemáticos também costumam se dar hoje, como sendo encarados grosseiramente “epidêmicos”. Em outras palavras, as próprias medidas adotadas diante do fenômeno das drogas são como que recusas ao acolhimento deste fenômeno, em uma espécie de contenção social comparável, em sua brutalidade, àquelas medidas que no ideário do manicômio clássico constituíam a regra, quais sejam: as contenções físicas ou químicas.

Dessa forma, não há dúvidas que a problemática acerca das drogas consiste hoje em um dos maiores fatores de desestabilização social e um dos maiores obstáculos à realização digna dos direitos humanos fundamentais de considerável parcela da população mundial. Justamente por se tratar de um problema social é que a questão se torna objeto de políticas públicas voltadas a diminuir, inibir e prevenir suas causas.

Neste aspecto, torna-se impossível conceber mudanças serias e éticas somente a partir do cuidado em saúde mergulhada em um contexto de políticas repressivas, que fazem apologia à guerra, a adulteração e ao crime nos territórios onde se dão a produção, a circulação, o comércio e o uso de drogas. Todavia, há outros caminhos a trilhar, ou seja, ao se pensar em promoção de saúde e autonomia, e afirmando que, entre a opção de trabalhar ou não em tais configurações, haveria uma série de revisões necessárias, no âmbito da moralidade de trabalhadores e trabalhadoras consigo mesmos/as.

Em capítulos anteriores, vimos que movimentos internacionais surgidos nas décadas de 70 e 80, que objetivavam ampliar a concepção de saúde e o bem estar gerais, e os movimentos acontecidos no âmbito da sociedade pós-ditadura militar, movimentos da reforma sanitária, e movimentos de trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental, iniciaram uma relação mais consistente – cada um dentro de sua especificidade - entre as dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas. Desta forma, a saúde e o bem estar estão relacionados a “um conjunto de valores”: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação, justiça social, revalorização ética da vida.

No caso dos movimentos em relação ao tratamento dos portadores de sofrimento psíquico, originaram o início do desmonte das estruturas manicomiais, iniciando um processo de cerceamento da violação dos direitos humanos e legitimação do acesso a um acompanhamento digno e multifacetado, ampliando as estratégias de cuidado. Assim como os portadores de sofrimento psíquico, os usuários de drogas, ora eram levados para instituições manicomiais, ora eram submetidos a regimes carcerários, demonstrando a falta de preparo para o cuidado a essa população.

No bojo dessas transformações, apesar de estar inserida nesse processo histórico relatado, seja no âmbito da loucura ou da marginalidade, e também sendo muitas vezes classificada como “doença mental”, a toxicomania ou dependência química, passou pelas mesmas intervenções que marcaram a Reforma Psiquiátrica no Brasil. No entanto observa-se que sem a mesma velocidade e incremento ocorrida na substituição do modelo asilar junto aos transtornos mentais. A seguir, procuraremos traçar as mudanças ocorridas nas últimas décadas nas políticas e práticas destinadas a essa população que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas.

3.4.1. As Práticas e Políticas em Atenção Integral as Pessoas usuárias de Álcool e outras drogas: mudança de paradigma

O objetivo central deste capítulo é fomentar a reflexão sobre a mudança de concepção política, técnica e científico que vêm ocorrendo no Brasil, em relação às pessoas com transtornos decorrentes ao uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas, apontando nessas mudanças, as inovações e as concepções que se aproximam da construção das discussões de promoção da saúde e das estratégias intersetoriais como fundamentos indispensáveis para esses novos modelos de cuidado.

Santos (2009), afirma que, historicamente, o consumo de substâncias psicoativas foi entendido em nosso país como caso de segurança pública e justiça. Dessa forma, esses consumidores sempre foram tratados como pessoas de índole duvidosa e perturbadora da ordem pública, que por sua vez deveriam ser afastadas dos “olhos” da sociedade. Esse afastamento tinha como caminho a reclusão em instituições judiciárias criminais ou instituições psiquiátricas manicomiais.

No entanto, esse quadro de intensa exclusão social, vem apresentando uma tendência de transformação durante as três últimas décadas, alicerçada aos movimentos sociais, aos movimentos sanitários e principalmente ao movimento da luta antimanicomial.

Relembrando a promulgação da Constituição de 1998, em seu art. 196³, ao tratar do direito a saúde, formula-se paralelamente um modelo alternativo de enfrentamento à questão, tendo como análise intervenções interdisciplinares e intersetoriais indo de encontro aos direitos fundamentais dos usuários de substâncias psicoativas.

³ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Esse novo modelo,

não nega a importância das medidas repressivas, mas questiona sua eficácia na *prevenção* do consumo e *reabilitação* de usuários e dependentes, campos que necessitam de outra estratégia de abordagem. Esta nova política, denominada *redução de danos*, se pauta na minimização dos impactos maléficos e dos riscos advindos do uso de drogas, e não parte do princípio que deve haver imediata e obrigatória extinção do uso de drogas (MOREIRA & LAPORT, 2011, P.10).

Neste sentido, a estratégia de redução de danos⁴, ao apregoar a ideia de moderação, isto é, do uso levando em consideração a diminuição dos riscos, caracteriza-se por uma postura nitidamente pragmática, ou seja, do uso controlado, baseado na tolerância e na compreensão da diversidade que esse próprio uso acarreta.

Lembremos que foi a partir de 1998, após a realização da XX Assembleia Geral das Nações Unidas, cujos termos o Brasil aderiu, que se iniciou um processo de articulação e coordenação de um projeto nacional sobre drogas. No mesmo ano, substituiu-se o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), então vinculado ao Ministério da Justiça, pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), e criou-se uma secretaria-executiva ligada a este Conselho que seria responsável pela elaboração de uma política nacional sobre drogas, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), ambos vinculados à Casa Militar da Presidência da República, posteriormente modificada, em 1999, para Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Em 26 de agosto de 2002, por meio do Decreto nº. 4.345/02 foi instituída a Política Nacional Antidrogas (PNAD).

Em 2003, o Ministério da Saúde publicou a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, na qual afirma a posição do Sistema Único de Saúde (SUS) em atender essa população. Esse documento norteia as

⁴ A atual Política Nacional sobre Drogas, no que tange à orientação geral da estratégia de Redução de Danos, assim dispõe: “3.1.1 A promoção de estratégias e ações de redução de danos, voltadas para a saúde pública e direitos humanos, deve ser realizada de forma articulada inter e intra-setorial, visando à redução dos riscos, das consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade”.

ações relacionadas à rede de atenção à saúde (atenção primária, CAPS, ambulatório, leitos em hospital geral, redução de danos), aponta as diretrizes para o campo da saúde e destaca a cooperação intersetorial, indispensável à integração e eficácia das políticas públicas.

Após essa publicação, o contexto das práticas e cuidado a essa população teve como consequência:

uma importante mudança ideo-política ao afirmar a pessoa portadora da síndrome de dependência em substância psicoativa como cidadão sujeito de direitos[...]. Ao envolver governo e sociedade no cuidado desse cidadão, acarreta a premissa da participação social, da integração de ações da sociedade civil organizada e das diferentes esferas governamentais, além de priorizar prevenção ao uso indevido(SANTOS, 2009, p.61).

Ainda Santos (2009), diz que a própria OMS concebe essa questão do uso prejudicial drogas como um problema de saúde pública:

envolvendo assim toda rede de serviços públicos. Desta maneira, esse sistema deve nortear-se por uma visão ampla de saúde, observando as múltiplas necessidades dos cidadãos usuários de seus serviços. [...] ao envolver governo e sociedade civil organizada e as diferentes esferas governamentais[...], traz ainda em seu arcabouço a lógica da redução de danos sociais, a educação e a reinserção social como norteadora das ações(p.68).

Com a ampla participação popular a nível mundial e com a realização de um Seminário Internacional de Políticas sobre Drogas, o Conselho Nacional Antidrogas, após a realização de seis Fóruns Regionais e um Fórum nacional sobre Drogas, ambos acontecidos em 2004, aprovou em 2005, uma nova política Nacional sobre Drogas (PNAD). Tal política foi baseada em cinco capítulos:

1. prevenção do uso indevido;
2. tratamento, recuperação e reinserção social de usuários e dependentes;
3. redução dos danos sociais a saúde;
4. redução da oferta;
5. e elaboração de estudos, pesquisas e avaliações sobre drogas.

Neste sentido, percebe-se que essa política alinha-se pelo princípio da responsabilidade compartilhada, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos, com o objetivo de ampliar a consciência para a importância da intersetorialidade e descentralização das ações sobre drogas nos territórios nacionais (MOREIRA & LAPORT, 2011).

Em 2006, é aprovada a Lei nº. 11.343/2006, onde impôs mudanças profundas sobre a temática em questão. Esforços conjuntos entre órgãos e entidades públicas do Poder Executivo Federal, Estados, Distrito Federal e Municípios, tendo como dever atuar nas atividades de prevenção ao uso indevido e ao tratamento dessas pessoas, a partir de articulação, integração, organização e coordenação das atividades relacionadas à prevenção do uso indevido, à atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e à repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas, estando em perfeito alinhamento com a Política Nacional sobre Drogas e com os compromissos internacionais do país.

Com esses pressupostos, tais mudanças políticas concebe a problemática das drogas como uma questão que deve envolver toda a rede de serviços públicos e não públicos, dispositivos sanitários ou não. Dessa forma, todo o sistema de práticas e estratégias de cuidado, deve nortear-se por uma visão ampla da saúde, na observância das múltiplas necessidades dos cidadãos usuários de seus serviços, tendo como princípios o respeito à diversidade, a intersetorialidade e a promoção de saúde como eixos estruturantes das práticas cotidianas de cuidado.

Destacamos mais uma vez a estratégia de Redução de Danos, na qual compreende o usuário de substâncias psicoativas em sua singularidade, não objetivando a total abstinência, mas pelo contrário, a defesa da vida, mesmo que isso acarrete a continuidade de uso, porém de forma mais segura.

esta deve ser praticada no lócus territorial, envolvendo ou criando uma rede, entendida como profissionais, familiares, organizações não governamentais (ONG's) e outras instituições públicas estatais, a fim de elaborar alternativas para lidar com a problemática, respeitando sobretudo a diversidade (SANTOS, 2008, p.69).

Começa a ficar claro que o enfrentamento ao uso de drogas, a partir dessa tendência da política atual, tenta vencer antigos dogmas políticos e científicos, baseados em políticas de segurança pública e repressão, os quais constituíam-se em verdadeiros óbices à solução eficaz da questão.

Assim,

pode-se dizer que o governo e a sociedade brasileira passaram a se preocupar em promover ações de caráter abrangente e no desenvolvimento de planejamentos adequados à prevenção e ao tratamento dos adictos, em detrimento da repressão como forma única de combate da questão, ou seja, passou-se a enfrentar a questão como sendo de saúde pública, ao invés de mera questão de política de segurança pública (PIRES *et al.* 2008, p.2).

Percebe-se que o usuário de álcool e outras drogas, com suas peculiaridades, devem receber cuidados adequados na totalidade de suas dimensões físicas, sociais e psicológicas. Neste sentido, voltando a citar a Política Nacional sobre Drogas, onde se estabelece como um dos seus objetivos:

Implantar rede de assistência integrada, pública e privada, intersetorial, para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, fundamentada em conhecimento validado, de acordo com a normatização funcional mínima, integrando os esforços desenvolvidos no tratamento (PNAD, 2005).

A PNAD contempla em suas diretrizes pontos fundamentais relacionados à integração desta imensa rede através de políticas públicas setoriais e através da distribuição descentralizada de recursos técnicos e financeiros, de maneira que estimule o controle social e a responsabilidade compartilhada entre governo e sociedade. Desta forma, é pela visão global do fenômeno das drogas e pela noção de coexistência entre os diversos tratamentos que se reconhece a necessidade da perspectiva intersetorial de abordagem.

Essa nova abordagem traz como principal avanço a estratégia de enfrentamento coletivo e intersetorial em atenção a essa problemática, a partir da redução de danos à saúde e a vida, bem como a redução de situações de

violência e criminalidade associada, em contexto de profundas desigualdades sociais. Dessa forma, pode-se conceber o processo de saúde para essa população em análise nas suas mais variadas características ao longo da humanidade, fazendo com que se expressem questionamentos ao modelo hegemônico repressor e se constitua em um verdadeiro caleidoscópio de intervenções e construções de políticas públicas. Neste sentido, as políticas expressas até aqui, tentam assegurar a descentralização da gestão de serviços públicos de saúde, adotando a partir das diretrizes do sistema adotado pelo SUS, diante da plenitude dos princípios doutrinários a saber: universalidade, equidade e integralidade.

Visualiza-se na prática esses esforços que tem se dado através da implantação de Centros de Atenção Psicossociais para usuários de álcool e outras drogas (Caps Ad), os quais abrigam, dentre projetos terapêuticos, atendimento especializado e adequado, sempre visando a redução de danos à saúde, mas também, visando a redução dos danos sociais através de processos de reabilitação, busca de cidadania e reinserção social, extrapolando com isso a própria perspectiva da saúde como campo de cuidado.

Desta forma,

Destaca-se que o estado empreendeu sua nova política nos mais diferentes ramos, no intuito de atingir a sociedade como um todo, o que vai desde o desenvolvimento de campanhas publicitárias, fomentos de pesquisas científicas e capacitação de profissionais educadores e agentes públicos[...] (PIRES & *et al.* 2008, p.8).

Portanto, presente em todos os textos das leis federais e nas diretrizes atuais da Política Nacional sobre Drogas, elementos como: promoção da saúde, cuidados amplos ao ser humano e redução dos riscos a vida, prevenção, reinserção social, construção de rede e intersetorialidade, são preconizadas ao atendimento as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Diante dessa complexidade da própria problemática, a intersetorialidade se configura como estratégia fundamental para consolidação dessas políticas no âmbito nacional. Esta estratégia ao ser entendida como a articulação de saberes e experiências, visa promover um impacto positivo nas

condições de vida da população, envolvendo as múltiplas esferas da realidade social, num movimento de reversão da própria exclusão social, diluindo as visões moralistas e intolerantes que ainda insistem em permear as políticas e práticas de cuidado as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

4 Avanços e desafios da Intersetorialidade na atenção aos usuários de álcool e outras drogas

Como vimos até aqui, a nova concepção de saúde mental juntamente com a Política Nacional sobre Drogas visa priorizar o indivíduo e não a doença, oferecendo-lhe tratamento humanizado e de qualidade. Neste sentido, afirmamos que saúde pode ser entendida em seu sentido mais amplo, como um componente da qualidade de vida. Assim, não é um “bem de troca”, mas um “bem comum”, um bem e um direito social, em que cada um e todos possam ter assegurados o exercício e a prática do direito à saúde, a partir da aplicação e utilização de toda riqueza disponível, conhecimento e tecnologia desenvolvidos pela sociedade nesse campo, adequados às suas necessidades, onde abrange a promoção e proteção a saúde, prevenção, diagnóstico, redução de riscos de vida e sociais.

Assim, com a Reforma Psiquiátrica pretendeu-se, além de melhorar a qualidade no atendimento, criar mecanismos e espaços para tratamento pautado na inclusão e na inserção comunitária. Isso resultou a criação de novos mecanismos e espaços de tratamento que provocaram uma necessidade de uma ação intersetorial com as demais políticas sociais e de um trabalho pautado no fortalecimento e atuação em rede, que possibilite uma intervenção integrada, visando à integralidade no atendimento ao usuário.

Desta forma, se faz importante refletir sobre o conceito de rede. Esse termo tem sido expressivamente utilizado na atualidade, não somente inclusos nas políticas públicas de saúde e da assistência, mas pelos movimentos sociais, ONG's e até a própria academia, através de um vasto estudo com este tema. Portanto tem se tornado um paradigma que norteia as praticas e o pensamento contemporâneo.

Neste sentido, o conceito de rede aqui é entendido como uma atitude técnica embasada por programas de ações das políticas públicas. Por isso, cabe ressaltar a importância do conhecimento e da articulação dos espaços que envolvem a realidade. É como se o sujeito que faz uso prejudicial de drogas deverá deixar de ser um sujeito solitário, para ser um sujeito-social, com

inserção cultural, participante de uma sociedade. Contudo o fortalecimento de uma rede de serviços, programas e projetos que possa apoiá-lo é fundamental para o alcance na efetividade do atendimento essa população.

Fica claro então que, a intersetorialidade permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo, permitindo considerar o cidadão em sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, colaborando para ações resolutivas no cuidado ampliado ao ser humano. Há, pois a necessária construção de parcerias com outros setores para que essa ampliação do cuidado aconteça, setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança, Alimentar e outros.

Assim,

a intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem [...]. Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes (BRASIL, 2006, p. 10-11).

Em outras palavras, esse bem – saúde – como componente e exercício da cidadania, se constitui em um referencial e um valor básico a ser assimilado pelo poder público e a sociedade de uma maneira geral.

Por isso, ressaltamos a importância do conhecimento e da articulação dos espaços que estão na realidade dessas pessoas que fazem uso prejudicial de drogas. A adoção da idéia da intersetorialidade é vista como mecanismo fundamental de garantia de direitos e de atendimento às necessidades da população.

Venturini (2010) ao considerar a Intersetorialidade, afirma que se trata de um modelo que se baseia em um critério temporal de funções. Ou seja, mais do que importa-se com a aceitação e legitimação, os serviços oferecidos deveram ativar a integração das redes sociais com as instituições sócio-sanitárias. Neste sentido, seria uma “intervenção de elevado profissionalismo

que pode-se comparar tecnicamente e quanto ao custo, a uma difícil intervenção cirúrgica”(ibdem, p. 476).

[..]os profissionais da saúde mental, além do próprio papel (psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, operador social) deveriam sempre ser analisadores da realidade social e valorizadores de recurso humano. Tendo presente as situações específicas dos doentes deveriam estimular a coesão social (melhorando as relações interpessoais entre usuários da residência e os vizinhos), sustentar as redes informais (tornando protagonistas os grupos de auto - ajuda e os serviços voluntários), manter as motivações (através da valorização dos sucessos dos usuários, mas também daqueles das pessoas envolvidas na gestão da residência), apoiar mais a convergência do que as disputas, legitimar os sujeitos envolvidos (através da descentralização do poder)(*ibid*).

Neste sentido, falar em teoria da Intersetorialidade se apresenta de fácil construção, no entanto, realizá-la na prática é muito mais difícil. No campo da saúde mental, ao buscarmos superar tantas fragmentações históricas, sabemos que não estamos diante de uma tarefa simples. Se torna um desafio construirmos estratégias para produção de conhecimentos que possibilitem a problematização de práticas e políticas implementadas, bem como a descoberta de novos caminhos fundamentados por referenciais teórico-técnicos consistentes que sustentem novos projetos.

Enfim, não é tarefa simples construir o SUS quando se busca radicalizar seus princípios. Não é tarefa fácil traduzir nos serviços, nas práticas do dia-a-dia, as ações que possibilitem o avanço da organização da rede de atenção à saúde, integrada a um processo de territorialização, articulada aos diversos setores do governo e que efetive os princípios de intersetorialidade e da participação. Tal tarefa exige, entre outras, a definição de políticas que instalem espaços onde possa haver o trânsito entre âmbitos político-jurídico, sócio-cultural, teórico-conceitual, técnico- assistencial, representados por diferentes atores, saberes (popular, científico, teórico-técnico, artístico), instâncias políticas, instituições (Universidades, serviços públicos, organizações não governamentais, instituições formadoras, entre outras). O trânsito entre áreas do conhecimento e entre a diversidade de práticas parece ser uma das possibilidades de romper o círculo vicioso[...](SCARCELLI & ALENCAR, 2009, p.8).

Desse modo se, por um lado, foram muitos os avanços, nos últimos anos, no que se refere aos movimentos da promoção da saúde, da reforma

sanitária e psiquiátrica, por outro lado, a questão da desconstrução da cultura medicamentosa, manicomial foi suplantada por aquelas centradas, muitas vezes, nos aspectos fundamentalmente assistenciais.

Somando-se a isso, outra dificuldade da efetivação das políticas intersetoriais neste campo, se coloca diante da própria compreensão da complexidade do trabalho territorial. Ou seja, mesmo estando disposto nas leis e nas diretrizes que regem essas práticas em relação à dimensão comunitária e intersetorial dos serviços, falta ainda a própria concepção do trabalhador em fomentar tais mudanças nos processos de trabalho diário. A dimensão política, no sentido de valores, interesses, aspirações e relações sociais, envolvendo a capacidade de identificar e privilegiar as necessidades resultantes das relações coletivas e individuais, muitas vezes não é construída no processo próprio de trabalho das relações entre esses trabalhadores.

Como resposta a essa dificuldade, uma alternativa seria abandonar a ideia de trabalhar com as instituições e entre elas; o segredo consiste em trabalhar com as pessoas, com a subjetividade delas, com as pessoas que vivem e trabalham nas instituições. Assim como diz Venturini (2010), temos é que “raciocinar com os pés”, que significa que nossos pés realmente conheçam a comunidade onde vivem as pessoas. Nós temos que atravessar, em comprimento e em largura, a comunidade, viver a cotidianeidade, fora do ambulatório, dentro, ao contrário, do “laboratório da vida”. Só então pode-se compreender como se sedimentam as relações, como se cria o sofrimento, como se produz a saúde.

Nesse sentido, não temos dúvidas de que os problemas estruturais de nossos serviços só poderão ser resolvidos a partir da superação das contradições, nos forçando a buscar soluções, mesmo pontuais, e principalmente, nos levando a desvendar as complexidades de nossa realidade social.

5 Considerações finais

“Um galo sozinho não tece um amanhã”. Citando o grande poeta João Cabral de Melo Neto, em seu poema que leva esse verso como nome, refletimos que diante dos movimentos que o próprio ser humano faz, seja de que ordem for, quanto mais se estuda os problemas de nossa época, mas se entende que estes não são únicos e divididos, mas estão interligados e interdependentes se constituindo em diferentes facetas de uma mesma situação. São questões que não podem ser entendidas isoladamente, mas que se adentram em campos múltiplos de conexões e apreensões do próprio conhecimento.

Desta forma, reler historicamente as políticas sociais, e demarcando nossa pesquisa dos primórdios do paradigma da promoção de saúde até as atuais políticas nacionais para álcool e outras drogas, nos fez reconhecer a complexidade dos conceitos e apontamentos diante de tal fenômeno. Aproximações e distanciamentos tivemos, pontos comuns e divergentes apareceram, porém, produzimos um entendimento que a prática fragmentada, seja ela aonde for, se torna insuficiente diante dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas da sociedade que ao mesmo tempo influencia e é influenciada por essas práticas.

Neste sentido, a promoção da saúde foi pensada como uma estratégia na perspectiva propugnada pelo Movimento de Reforma Sanitária, quando apregoava a necessidade de mudanças nos serviços de saúde em dois níveis, ou seja, tanto o da macropolítica e o do trabalho em saúde. Por sua vez, no cerne das propostas da reforma psiquiátrica, demonstramos uma ampliação dos atores sociais que se envolveram no processo, processo esse não mais pertencente ao âmbito da saúde, ocorrendo uma reformulação legislativa nas próprias leis e o surgimento de várias experiências institucionais bem sucedidas na configuração de um novo tipo de cuidado em saúde mental.

Como vimos, o fenômeno do uso prejudicial das drogas é compreendido como especialmente problemático, acarretando uma rede ilegal a partir de seu alto lucro, reproduzindo um contexto de miserabilidade social, dependência e

perda de direitos sociais. Desta forma, observou-se que as suas possíveis soluções não podem ser pensadas fora de um programa amplo de estratégias e políticas sociais. Qualquer política pública para essa população, deverá levar em consideração diversos aspectos como melhores condições de vida que garanta o pleno exercício dos direitos do cidadão, melhores condições de trabalho, possibilidades de acesso ao lazer e um sistema público de saúde, de acesso universal, não oferecendo apenas a assistência, mas sim a educação e a prevenção à saúde. Desta forma, se tornam importantes os conceitos que a promoção da saúde nos trouxe, pois fica evidente o reconhecimento da influencia de outras condições nas relações das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas mantém, nos distanciando assim de uma concepção proibicionista, jurídica e criminal por um lado, e se afastando de uma concepção biomédica moralista de outro.

Portanto, apesar das significativas mudanças que as políticas de saúde mental sofreram e vem sofrendo ao longo destes últimos trinta anos, diante de suas mudanças de organização no âmbito legislativo, de forma articulada e intersetorial, vimos que isso ainda é um processo a ser construído e implementado na realidade, nos campos de atenção e nos serviços oferecidos.

Por isso, a importância de se entender que embora a intersetorialidade e integralidade sejam concepções que têm sua origem na saúde, sendo diretrizes do SUS, é só com a participação de setores fora da “saúde” juntamente com a livre participação da sociedade e de especialistas no debate público, que se poderá aproximar as instâncias governamentais e não-governamentais às reais necessidades da população que sofrem diante do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

6 Referencias Bibliográficas

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado.** Ligia Giovanella(orgs) Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Fiocruz, RJ, 2008.

ANDRADE, L.O.M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade.** 2004.Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, São Paulo: Hucitec, 2004.

BERNARDES, A.G, QUINHONES, D.G. **Práticas de cuidado e produção de saúde: formas de governamentalidade e alteridade.** Psico, Porto Alegre, PUCRS, v.40, nº2, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde: **Secretaria de Políticas de Saúde. Promoção da Saúde.** Brasília, 2001.

_____. Secretaria Nacional Sobre Drogas. **Política Nacional Sobre Drogas.** Brasília, 2005.

_____. **Política Nacional de Promoção de Saúde.** Brasília – DF, 2006.

BREDOW, S. G.; DRAVANZ, G. M. **Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutive.** Textos e Contextos. Porto Alegre. v.9, n.2, p. 229-243, Ago/Dez. 2010.

BUCHER, R. **Drogas e Drogadição no Brasil.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CADERNOS SAÚDE MENTAL. Tânia Ferreira (org.). Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte, V.4, 2011.

CAPRA, Fritjof. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos.** São Paulo, Cultrix, 1998.

CASSAB, Latif Antonia. **Tessitura investigativa: a pesquisa científica no campo humano-social.** Rev. Katál. Florianópolis v. 10 n. esp. p. 55-63, 2007.

CASTRO, A. M.; GOSCH, C.S. *et. al.* **Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde.** CEAD/FUB, 164 p, 2010.

CAVALCANTI, P.B. **Apontamentos sobre o despertar da assistência psiquiatra nacional.** Revista Teoria Política e Social. v.1, n.1, p.123-130. 2008.

Erdmann A.L.; ANDRADE, S.R.; MELLO, A.L.S.F; MEIRELLES, B.H.S. **Gestão das Práticas de Saúde na Perspectiva do Cuidado Complexo**. In: Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2006.

ESCOHOTADO, A. **Las Drogas. De lós Orígenes a la prohibición**. Madri, Alianza editorial, 1994.

FEUERWERKER, L.M. **Modelos Tecnoassistenciais, Gestão e Organização do trabalho em Saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS**. Interface-comunicação, Saúde, Educ, v.9, n.18, p.489-506, 2015.

FURTADO, J.P.; CAMPOS, R.O. **A Transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a pratica nos novos serviços**. Ver. Latinoam. Psicop. Fund., VIII, n.1, p.109-122, 2005.

INOJOSA, R. M.; JUNQUEIRA, L. P **Experiências Municipais: Desenvolvimento social e intersetorialidade na gestão pública municipal**. Conferência Nacional de Saúde On Line.1997. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>. Acesso em: 15 de março de 2012.

_____. A intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p.35-48, 1998.

_____. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos Fundap**, São Paulo, n. 22, p.102-110, 2001.

JUNQUEIRA, L. A. **Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde**. RAP, Rio de Janeiro, p.35-45, Nov. /Dez. 2000.

JUNQUEIRA L.A.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. **Descentralização e intersectorialidade: na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza**. Caracas: UNESCO/CLAD, Série Concurso de Ensayos,1998.

JUNQUEIRA, L. A.; INOJOSA, R. M. **Desenvolvimento social e intersectorialidade: a cidade solidária**. São Paulo, Fundap, 1997.

LOBOSQUE. Ana Marta. **Princípios para uma clínica antimanicomial**. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Experiência da Loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

MACHADO, L.A. **Construindo a Intersectorialidade**, s/d.

MIOTO, R.C.T.; SCHUTZ, F. **Intersectorialidade na Política Social: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais**, Pelotas, RS, 2011.

MORAIS, Maristela. **O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais.** Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva(NESC)/Fiocruz. s/d.

MOREIRA, R. B. de S.; LAPORT, T. J.. In: **Políticas Públicas:intersectorialidade e o enfrentamento ao crack.** Brasília. X Concurso Nacional de Monografia. SENAD/CIEE, 2011.

NASCIMENTO, Sueli. **Reflexões sobre a Intersectorialidade entre as Políticas Públicas.** Rev. Serv. Soc.Soc., n.101, p. 95-120, 2010.

NOGUEIRA, V. M. R. **Direitos à saúde na sociedade contemporânea. Ser Social: Revista do Programa de Pós-graduação em Política Social.** Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social, n. 10. Brasília, 2002.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas.** Genebra: 2004.

Pires, R.O.M.,CARRIERI, C.G., CARRIERI, G.G. **O Estado frente à temática das drogas lícitas e ilícitas: avanços da nova legislação e desafios frente ao sistema único de saúde.** Revista eletrônica de saúde mental álcool e drogas. V.4 n.2 art.1. Disponível em [HTTP://www.2eerp.usp.br/resmad/artigos.asp](http://www.2eerp.usp.br/resmad/artigos.asp). Acesso em 02 de abril de 2012.

PROMOCIÓN DE LA SALUD. **Una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de America Latina y Caribe.** Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2000.

RAMOS, M. H. R.; BARBOSA, M. J. S. **Gestão de políticas urbanas e mecanismos de democracia direta.** In: Metamorfoses sociais e políticas urbanas. Rio de Janeiro: DP&A, p.113-131, 2002.

SANTOS, J. L. G. **Política de Saúde Pública para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: a prática no Caps Ad em feira de Santana, Salvador – BA.** 2009, 129f. Dissertação de mestrado (Políticas Sociais e Cidadania), UCSAL, 2009.

SCARCELLI, Ianni R. **Entre o hospício e a cidade: exclusão/inclusão no campo da saúde mental.** Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, 2002.

SCARCELLI, I. R.; ALENCAR, S.L.S. **Saúde Mental E Saúde Coletiva: Intersectorialidade E Participação Em Debate.** Cad. Bras. Saúde Mental, v.1, n.1, 2009.

SCHUTZ, I.R.; ALENCAR, S.L.S. **Intersectorialidade e política social: subsídios para o debate .** In: Sociedade em Debate, Pelotas, p. 59-75, jan.-jun./2010.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica.** Rev. Katál. Florianópolis, v. 10 n. esp. p. 37-45, 2007.

VASCONCELOS, K. E. L.; SCHMALLER, V. V. **Promoção da saúde: considerações ideopolíticas e conceituais.** s/d.

VENTURINI, Ernesto. **O caminho dos cantos: morar e intersetorialidade na saúde mental.** Fractal: Revista de Psicologia, v.22, n.3, p.471-480, Set./Dez. 2010.