



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO A DISTANCIA

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

MARIA MILANEIDE DE SOUZA

REFORMA PSIQUIATRICA, REDE PSICOSSOCIAL E O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE: concepções e práticas dos gestores do município de Cabedelo- PB sobre o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

JOÃO PESSOA, – PB

2012

MARIA MILANEIDE DE SOUZA

REFORMA PSIQUIATRICA, REDE PSICOSSOCIAL E O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE: concepções e práticas dos gestores do município de Cabedelo- PB sobre o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de especialista.

Orientador: Professor Rafael Nicolau Carvalho

JOÃO PESSOA, – PB

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

S729r

Souza, Maria Milaneide de.

Reforma psiquiátrica, rede psicossocial e o desafio da intersetorialidade [manuscrito]: concepções e práticas dos gestores do município de Cabedelo-PB sobre o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas./Maria Milaneide de Souza. – João Pessoa, 2012.

61 f.

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

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

1. Saúde Mental 2. Uso Abusivo de Drogas 3. Intersetorialidade I. Título.

21. ed. CDD 362.2

MARIA MILANEIDE DE SOUZA

REFORMA PSQUIATRICA, REDE PSICOSSOCIAL E O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE: concepções e práticas dos gestores do município de Cabedelo- PB sobre o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de especialista

Aprovada em 11/06/2012.



Prof. Ms. Rafael Nicolau Carvalho UFPB
Orientador



Prof. Dr. Patricia Barreto Cavalcanti / UFPB
Examinadora



Prof. Ms. Anarita de Sousa Salvador / UFPB
Examinadora

AGRADECIMENTOS

A Deus por está sempre ao meu lado e ter garantido a oportunidade de realizar este trabalho.

Ao meu orientador Rafael Nicolau Carvalho, por acreditar na minha capacidade para realizar este trabalho, bem como, pela sua dedicação, compreensão e principalmente pelas valiosas sugestões que contribuíram de forma decisiva na realização do mesmo.

A Secretaria de Saúde de Cabedelo, e aos Gestores entrevistados, pela disponibilidade em contribuir com a investigação.

Aos companheiros de trabalho e pesquisa Jossana Rafaela e Leandro Roque pelas contribuições e apoio durante a realização da pesquisa.

A minha família, esposo e filhas, pela compreensão nesse período em que me voltei prioritariamente a este trabalho, bem como, pelas contribuições na confecção do mesmo.

Enfim, agradeço a todos que participaram direta ou indiretamente desta trajetória.

RESUMO

A presente monografia trata de uma pesquisa que analisa a construção da estratégia da intersetorialidade na atenção às pessoas que fazem uso problemático de álcool, crack e outras drogas, a partir da percepção dos gestores da Rede de Atenção Psicossocial do município de Cabedelo/Pb. O debate em torno da intersetorialidade vem se processando no âmbito das políticas públicas, visando a construção de ações e serviços mais integrados, que superem a ineficiência da fragmentação do setor público. A discussão sobre a intersetorialidade na Saúde apresenta-se no debate sobre a promoção da saúde e na diretriz da integralidade assumida pela Reforma Sanitária brasileira, tendo sido incorporado nos dispositivos legais do Sistema Único de Saúde. No campo específico da Saúde Mental, esse debate surge com o Movimento da Reforma Psiquiátrica, o que se estende também à Política Integral de cuidados às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool, crack, e outras drogas, por considerar os múltiplos determinantes do uso prejudicial dessas substâncias, e a necessidade de inclusão social das pessoas que as usam abusivamente. Nesta direção, teve como objetivos específicos: identificar a visão dos gestores sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira; identificar como os gestores veem a intersetorialidade no cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas e Investigar as estratégias intersetoriais no cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas, que tem se processado no município. O objeto desta pesquisa foi apreendido através de uma abordagem que privilegiou o aspecto qualitativo, recorreu a observação participante, e a pesquisa de campo. Teve como cenário a gestão de: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I e CAPS AD); Atenção Básica e a Secretaria de Saúde. Dentre os achados desta investigação, destacamos: que todos os gestores entrevistados têm uma boa leitura sobre a reforma psiquiátrica, apesar de, no caso dos profissionais não “psi” a formação acadêmica não ter proporcionado esse conhecimento. Nestes casos, a formação em Saúde Mental tem se processado, a partir da inserção do trabalhador na rede Psicossocial. No que se refere à percepção sobre a Intersetorialidade, a mesma está relacionada à visão estratégica do profissional e que depende da posição do serviço que ocupa e de sua formação profissional. Quem está diretamente no serviço CAPS tem uma visão mais “possível” da Intersetorialidade, evidencia-se as questões que a demandam bem mais próxima do cotidiano do serviço, tendo assim, uma visão da mesma como estratégia profissional para dar conta do cuidado integral às pessoas com necessidades decorrentes do uso abusivo de substâncias. De um modo geral, todos os profissionais se atem a intersetorialidade, apenas enquanto estratégia nos processos de trabalho, não a vislumbrando enquanto estratégia de gestão, o que restringe os avanços dessa construção.

Palavras-chave: Saúde Mental. Uso Abusivo de Drogas. Intersetorialidade.

ABSTRACT

This monograph is a study that analyzes the construction of intersectoral strategy on care for people who make use of alcohol, crack and other drugs, from the perception of managers of the Network of Psychosocial Care of the city of Cabedelo / Pb. The debate on intersectionality has been occurring in the realm of public policies, aiming at building stock and more integrated services, which overcome the inefficiency of public sector fragmentation. The discussion on the intersectoral Health presents the debate on health promotion and guidance of completeness assumed by the Brazilian Health Reform has been incorporated into the legal provisions of the Unified Health System in the specific field of Mental Health, this debate comes up with Movement of the Psychiatric Reform, which also extends to integral policy to care the people who make harmful use of alcohol, crack and other drugs, considering the multiple determinants of the use of these harmful substances, and the need for social inclusion of people who use them improperly. In this direction, aimed at specific, identified the vision of managers on the Brazilian Psychiatric Reform, identify how managers see the intersectoral approach to care for users of alcohol, crack and other drugs and investigate intersectoral strategies in caring for alcohol users, crack and other drugs, which has been done on the city. The object of this research was seized by an approach that focused on the qualitative aspect, used participant observation and field research. Took place at the management of the Centers for Psychosocial Care (CAPS I and CAPS AD), Department of Primary Care and Health secretary the findings of this research include: that all managers interviewed have a good read on the psychiatric reform, although in the case of non-professionals "psi," the academic training did not provide this knowledge. In these cases, training in mental health has been processed, from the participation of workers in the network Psychosocial. No regards the perception of the Intersectoral, it is related to the strategic vision of the professional and the service depends on the position it occupies and vocational training. About this service directly in CAPS have a more "possible" the Intersectoral, it is clear that the issues require much closer to daily service, and thus a view of it as a professional strategy to account for the comprehensive care to people needs arising from the abuse of substances. In general, all professionals if ties to intersectionality, just as a strategy in work processes, while not overlooking management strategy, which restricts the progress of construction.

Keywords: Mental health. Drug abuse. Intersectoral.

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial, Alcool e outras Drogas
CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial, Infanto Juvenil
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CNSM-I - Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial
CONAD – Conselho Nacional sobre Drogas
COMAD – Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas
CRAS – Centro de Referência em Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializada em Assistência Social
EAD – Ensino a Distância
FUNAD – Fundação Nacional de Assistência ao Deficiente
NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NAPS – Núcleo de Assistência Psicossocial
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
PET- Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde
PNAD – Política Nacional Antidrogas
PSE – Programa Saúde na Escola
SENAD – Secretária Nacional Sobre Drogas
SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS- Sistema Único de Saúde
SUPERA – Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 BREVE HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	10
2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO MUNDO	10
2.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	13
3 A CONSTRUÇÃO DO CAMPO DA SAUDE MENTAL E O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE	18
3.1 INTERSETORIALIDADE	20
4 A POLITICA NACIONAL SOBRE DROGAS: DESAFIOS INTERSETORIAIS NO ARRANJO POLÍTICO.....	26
5 MÉTODOS E TÉCNICAS.....	30
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
6.1 INTERSETORIALIDADE: CONCEPÇÕES E ESTRATÉGIAS DE EFETIVAÇÃO JUNTO AO USUÁRIO DE ALCOOL, CRACK, E OUTRAS DROGAS.....	42
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	

1 INTRODUÇÃO

A presente monografia teve como objetivo analisar a construção da estratégia da intersetorialidade na atenção às pessoas que fazem uso problemático de álcool, crack e outras drogas, a partir da percepção dos gestores da Rede de Atenção Psicossocial do município de Cabedelo/PB.

No cotidiano dos serviços de Saúde Mental, álcool e outras drogas, a estratégia da intersetorialidade tem se apresentado como necessária dada a impossibilidade dos serviços responderem sozinhos, as múltiplas demandas dos usuários, que vão desde o cuidado simultâneo ou complementar em outros serviços de saúde, a demandas sociais ou de proteção, entre outras.

Há um debate amplo em torno da intersetorialidade, que emerge na conjuntura da luta e ampliação dos direitos sociais, como uma resposta dada no âmbito da gestão das políticas públicas para construção de ações e serviços mais integrados com intuito de superar a fragmentação do setor público. A temática suscita diferentes questões, especificamente seu trato no âmbito da gestão das políticas setoriais e no campo da Saúde coletiva.

A discussão sobre a intersetorialidade na Saúde decorre da articulação desse conceito enquanto direito e política pública assumida pelo Estado. Apresenta-se no debate sobre a promoção da saúde e na diretriz da integralidade assumida pela Reforma Sanitária brasileira e incorporado nos dispositivos legais do Sistema Único de Saúde.

O debate sobre a intersetorialidade no campo específico da Saúde Mental surge com o Movimento da Reforma Psiquiátrica, que compreende o sofrimento mental como também determinada socialmente, e uma das principais diretrizes desse Movimento é a luta pela cidadania das pessoas com sofrimento mental. O que se estende também à Política Integral de cuidados as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool, crack, e outras drogas, por considerar os múltiplos determinantes desse uso, e a necessidade de inclusão social das pessoas que as utilizam abusivamente.

A intersetorialidade vem sendo pautada nas discussões e legislação no âmbito das políticas de Saúde, e especificamente da Saúde Mental, entretanto,

ainda não é suficientemente presente nas práticas de cuidados as pessoas que fazem uso abusivo de drogas, nem nas produções acadêmicas.

Esta pesquisa ao analisar a construção da estratégia da intersetorialidade na atenção às pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, a partir da percepção dos gestores da Rede de Atenção Psicossocial do município de Cabedelo/PB, contribuirá para a reflexão sobre o processo de construção da estratégia da intersetorialidade no próprio município, como também, em outros cenários.

O objeto desta pesquisa foi apreendido através de uma abordagem que privilegiou o aspecto qualitativo, de caráter exploratório. Recorreu a observação participante, e a pesquisa de campo. Foram entrevistados 06 gestores dos respectivos pontos da Rede Psicossocial: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I e CAPS AD); Atenção Básica e a Secretaria de Saúde. Dentre os entrevistados, 03 tem formação em psicologia, 01 em Educação Física, e 01 em Enfermagem.

No corpo deste trabalho, é abordado no primeiro momento um breve histórico da Reforma psiquiátrica no mundo, e o percurso da Reforma Psiquiátrica brasileira até a atualidade. Em seguida e visto sucintamente a construção do campo da Saúde Mental na perspectiva de uma Reforma Psiquiátrica antimanicomial e os desafios da construção da intersetorialidade na Política de Saúde Mental, álcool e outras Drogas.

O último capítulo, se detém a análise dos dados da investigação, a qual enfocou três eixos: formação profissional e ocupação técnico-operativa dos sujeitos da pesquisa, a visão dos mesmos sobre o movimento da Reforma psiquiátrica e sua efetivação no município e concepções e estratégias de efetivação da intersetorialidade junto ao usuário de álcool, crack e outras drogas. Para tanto, se recorreu ao referencial teórico para analisar e interpretar os dados fornecidos pelas entrevistas realizadas com gestores da Rede de Atenção Psicossocial. E por fim, contém as considerações finais referentes ao objeto estudado, onde são destacados alguns achados relativos à construção da estratégia da intersetorialidade no cuidado a pessoas que fazem uso abusivo de álcool, crack, e outras drogas.

2 BREVE HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO MUNDO

A loucura tem sido vista de forma distinta através dos tempos. Na idade média, o hospício tem função de hospedaria. Representa o espaço de recolhimento de marginais: leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, todos aqueles que ameaçam a lei e a ordem social. O critério que marca a exclusão é a “desrazão” e não os critérios de ordem patológica.

No final do século XVII, através de Pinel, a doença mental é instituída como objeto do início do saber e prática psiquiátrica. Segundo Amarante (1995) a obra de Pinel é estruturada sobre uma tecnologia de saber e intervenção sobre a loucura e o hospital, cujos pilares estão representados pela constituição da primeira nosografia, pela organização do espaço asilar e pela imposição de uma relação terapêutica, (o tratamento moral). Representa o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização no hospital, transformando-o em instituição médica, (e não mais social e filantrópica), e para a apropriação da loucura pelo discurso e prática médicos. Este percurso marca, a partir da ascensão de Pinel, à direção de uma instituição pública de beneficência, a primeira reforma da instituição hospitalar, fundando a psiquiatria e o hospital psiquiátrico.

Para Birman (1992), com a instituição da doença mental como objeto do saber psiquiátrico, foi reconhecido ao louco o estatuto social de enfermo, com direito a assistência e ao tratamento, sob a proteção do Estado.

Foi com base no mesmo discurso de enfermidade mental que se autorizou também a exclusão social dos doentes mentais e a destituição correlata de seus demais direitos sociais, sua condição de cidadania plena. Para o referido autor:

Estamos, portanto, confrontados com um paradoxo estrutural que se inscreve na constituição histórica da figura da enfermidade mental, pois foi, por um lado, reconhecido à especificidade de sua condição antropológica face às demais figuras inscritas na marginalidade social do antigo regime (criminosos, prostitutas, vagabundos, cafetões e desviantes em geral), mas, pelo outro lado, eliminou-se por esta mesma razão a sua condição política de cidadania plena [...] a figura da loucura passou a ser representada como efetivamente destituído da razão, de forma que por ser alienado da sua razão o louco não era considerado como sendo propriamente um sujeito. Como decorrência disso o louco não era representado como sendo igual aos demais cidadãos, não podendo então associar-se de maneira fraterna com as demais individualidades no espaço social [...] não podendo ser representado como um sujeito do contrato social (BIRMAN, 1992, p.74).

Esse modelo de assistência só começa a ser questionada quase 200 anos depois, a partir do século XX, em especial após a II Grande Guerra, certamente influenciada pela repercussão da experiência Nazista, da bomba atômica, e outras barbáries que provocaram um questionamento da visão romântica do homem, a partir do Iluminismo, bem como puseram em crise o ideal de sujeito de razão, provocando rupturas nos ideais que sustentavam as relações humanas no século anterior. Neste contexto, ocorre também uma grande demanda por práticas, que de alguma forma pudesse acolher os veteranos de guerra com seqüelas de diversas ordens, inclusive psíquicas (AMARANTE, 1995).

Surgem assim, em várias partes do mundo, tentativas de mudanças na assistência psiquiátrica. Algumas dessas tentativas de mudanças restringiram-se a humanização e democratização do hospital psiquiátrico, melhorando as condições terapêuticas dos mesmos. Os exemplos dessas tentativas são as comunidades terapêuticas na Inglaterra e Estados Unidos e a psicoterapia institucional francesa¹

Outras experiências pretenderam ampliar seus domínios, saindo do hospital para a comunidade. Prevenir e promover saúde mental era a intenção da psiquiatria de setor na França e da psiquiatria comunitária e preventiva nos Estados Unidos. Embora estas últimas experiências tenham estendido suas ações a comunidade, elas não questionaram os princípios segregadores do modelo clássico da psiquiatria, terminando por ser uma tentativa de renovação da mesma.

¹ O modelo de **assistência** das Comunidades Terapêuticas, caracteriza-se pelos processos de reformas institucionais, restritas ao hospital psiquiátrico, principalmente por medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, com objetivo de transformar a dinâmica institucional asilar. A psicoterapia institucional entendia que as próprias instituições têm características doentes e que devem ser tratadas. O que caracteriza esta experiência é o permanente questionamento da instituição psiquiátrica, da crítica ao poder médico e da verticalidade das relações intra-institucionais hospitais franceses. (AMARANTE, 1995).

Amarante (1995) considera que, diferentemente das demais tentativas que foram meras reformas do modelo clássico, a antipsiquiatria na Inglaterra e a psiquiatria na tradição basagliana na Itália, caminharam num sentido de ruptura com o modelo clássico, excludente.

O projeto de transformação institucional de Basaglia é essencialmente um projeto de desconstrução/ intervenção no campo do conhecimento, das tecnologias, das ideologias e da função de técnicos e intelectuais, entrava em jogo neste cenário, um projeto de desinstitucionalização, de desmontagem e desconstrução de saberes, práticas e discursos comprometidos com uma objetivação da loucura e sua redução a doença (AMARANTE, 1995).

Na tradição basagliana, a desinstitucionalização, não se restringe nem se confunde com desospitalizar, pois desospitalizar significa apenas a extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalização significa entender a instituição no sentido dinâmico e complexo das práticas e saberes que traduzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com fenômenos sociais e históricos (ROTELLI, 2001).

A experiência Italiana tem sido a que mais avançou no sentido de romper com o modelo clássico de assistência, pois desmonta o sistema hospitalar psiquiátrico, e inicia a desconstrução de saberes e práticas em psiquiatria e construção simultânea de novos paradigmas.

2.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil sofreu influência das várias experiências ocorridas no mundo que tentaram transformar a assistência psiquiátrica, entretanto a mais forte influencia foi da tradição basagliana.

Tem sido denominado de Reforma Psiquiátrica, o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivo e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria (AMARANTE, 1995).

Esse movimento questiona os princípios segregadores da psiquiatria e do Hospital psiquiátrico, sendo assim, uma luta não só pela qualidade da assistência, mas também, uma luta pela cidadania do louco.

No Brasil esse movimento iniciou-se no final da década de 70, em uma época de lutas pela democratização do país, e final da ditadura militar. Nesse período estava se processando também o Movimento pela Reforma Sanitária, que visou a abertura e livre acesso da população a assistência à saúde. Este último movimento, influenciou na inclusão na atual Constituição Federal promulgada em 1988, em seu artigo 196, a noção de saúde enquanto direito de todos e dever do estado, e em 1990, na aprovação da lei 8.080, a qual institui o Sistema Único de Saúde (SUS) que preconiza a criação de uma rede pública e/ou conveniada de caráter complementar de serviços de Saúde, tendo em vista a atenção integral a população nos níveis de prevenção, promoção e reabilitação

Com a implantação do SUS, a saúde é afirmada como direito do cidadão e dever do estado, abrindo novas possibilidades para as políticas públicas de saúde mental. Estas são intensificadas na década de 90, quando o Ministério da Saúde, atendendo as recomendações da Conferência de Caracas, emitiu regulamentos para viabilizar as mudanças necessárias à assistência psiquiátrica no Brasil.

O Movimento de Reforma psiquiátrica no Brasil foi iniciado pelo movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM), diante da precariedade do aparelho assistencial público e da violação dos direitos humanos das pessoas com sofrimento psíquico. Nesse processo, foi realizado em maio de 1987, o Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru-SP, ocasião em que ocorreu o ato inaugural do “Movimento Nacional da Luta Antimanicomial”, que, na ocasião,

elegeu como palavra de ordem “por uma sociedade sem manicômios”, e deliberou o dia 18 de maio, como Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

Os marcos paradigmáticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi a Iª Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Menta (MTSM), ocorridos em junho de 1987. Segundo Amarante (1995), as principais recomendações da I Conferência Nacional de Saúde Mental são as seguintes:

A orientação de que os trabalhadores de saúde mental realizem esforços em conjunto com a sociedade civil, com o intuito não só de redirecionar as suas práticas, (de lutar por melhores condições institucionais), mas também de combater a psiquiatrização social, democratizando instituições e unidades de saúde; a necessidade de participação da população, tanto na elaboração e implementação, quanto no nível decisório das políticas de saúde mental, e que o Estado reconheça os espaços não profissionais criados pela comunidade visando à promoção da saúde mental; priorização de investimento nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição a tendência hospitalocêntrica.(AMARANTE, 1995, pg. 81)

Ainda de acordo com o autor:

O II Congresso Nacional do MTSM, em dezembro de 1987, contou com grande participação de técnicos, usuários e familiares e teve como uma das tarefas; construir opinião pública favorável à luta antimanicomial (AMARANTE, 1995, pg. 81).

Nele afirma-se a posição do movimento de que este deve ultrapassar as propostas de transformação institucional, a limitação da crítica a psiquiatria, a aliança com o estado e partir para expandir em direção a sociedade a discussão da loucura, da exclusão, das condições de vida. Com essa compreensão o conceito de desinstitucionalização passa a primeiro plano.

Na visão de Amarante, a Reforma Psiquiátrica Brasileira toma com as novas decisões, o rumo da desinstitucionalização. Alcança, também, um patamar mais amplo com as mudanças operadas nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico conceitual e sociocultural. “A influencia basagliana torna-se predominante agora, com a desinstitucionalização em sua dimensão mais propriamente antimanicomial” (AMARANTE, 1995, p.79).

Com o movimento da Reforma em expansão e com pessoas ligadas a ele ocupando postos de direção em diversas estâncias governamentais, aumentaram em número e em qualidade os dispositivos alternativos à internação psiquiátrica.

A instalação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do país, em Santos, São Paulo, em 1987, é um momento marcante na história da transformação da assistência à saúde mental no Brasil.

Foram criados serviços de saúde mental em vários municípios do país e vão se consolidando enquanto dispositivos que objetivam diminuir a internação psiquiátrica e na mudança do modelo assistencial hospitalocêntrico. Os Núcleos de assistência psicológica (NAPS) e CAPS foram criados oficialmente a partir da portaria GM 224/92 (BRASIL, 2002).

Em 1989 foi apresentado o projeto lei nº. 3.657/89 de autoria do deputado Paulo Delgado que propunha a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras formas de assistência que não representassem o afastamento absoluto dos indivíduos do seu meio social, além de propor ainda a regulamentação da internação involuntária. Após doze anos em tramitação no Congresso Nacional, com várias modificações, este projeto de lei serve de base para a versão final da lei nacional da reforma psiquiátrica, a lei 10.216, a qual foi promulgada em 6 de abril de 2001.

A lei 10.216, dispõe sobre os direitos e a proteção das pessoas portadoras de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Entretanto, um dos pontos mais polêmicos do PL nº. 3.657/89, que dizia respeito à extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos não foi mantido no substitutivo apresentado. Com o intuito de minimizar esta questão foram criados mecanismos de regulamentação da internação psiquiátrica. No artigo 4º, determina-se “que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.” O artigo 5º e 6º, regulamenta cuidado especial com a clientela internada por longos anos visando reabilitação psicossocial assistida e abre possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária ou desnecessária, já que as internações involuntárias têm que ser comunicadas ao Ministério Público Estadual (BRASIL, 2004).

Visando regulamentar o processo de desinstitucionalização, o Ministério da saúde editou várias portarias direcionadas a criação da rede de serviços extra-hospitalares, bem como, a programas que favoreçam a inserção ou reinserção social dos portadores de transtornos mentais e de pessoas com história de uso prejudicial de drogas.

Os CAPS são, após a lei 10.216, regulamentados pela portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integrados a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Os mesmos têm como objetivo dar atendimento diário e continuado as pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, oferecendo cuidados clínicos e reabilitação psicossocial; favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários. Os CAPS constituem-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I; CAPS II; CAPS Alcool e Drogas CAPS infante juvenil (ambos de funcionamento diurno); CAPS III (24h), CAPS AD III (24h), este último instituído no ano de 2010.

O Ministério da saúde define como base para as ações em saúde mental, a noção de Rede de Atenção Psicossocial que é o conjunto de recursos afetivos (família e vizinhos); sanitários (serviços de saúde); sociais (trabalho, escola e esporte) entre outros, que possam ser utilizados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidados e reabilitação psicossocial. Mais que um conjunto de serviços, a rede é tecida pelas pessoas, dando a sustentação necessária para o trabalho em co-responsabilidade.

Atualmente a Rede de Atenção Psicossocial no SUS, está composta até o ano de 2011 de:

Serviço/ Ação	CAPS	Residência Terapêutica (RT)	Moradores em RT	Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral	Iniciativa de Geração de Rendas	Consultório de Rua
Quantidade	3479	779	3470	3910	640	92

Fonte: Ministério da Saúde, 2012

Nesse processo de construção da Rede, os leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos diminuíram de 51.593 para 32.284 leitos entre os anos de 2002 e 2011 (BRASIL, 2012).

Decorridos mais de 10 anos da aprovação da lei 10.216 de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, muitos avanços aconteceram na política de

saúde mental do SUS, mas ainda há muitos desafios a serem enfrentados, dentre esses a implementação de uma política intersetorial em saúde mental, que é o que vai possibilitar avanços na integralidade do cuidado as pessoas acometidas de transtornos mentais, ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

3 A CONSTRUÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL E O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE

Como vimos, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem suas raízes principalmente na tradição basagliana, que enfatiza a transformação radical das relações sociais nas qual a loucura se encontra encarcerada. Realiza uma crítica política às instituições e às representações correntes e uma crítica epistemológica às teorias hegemônicas em relação a loucura, com objetivo de produzir modificações radicais da sociedade com os loucos: defender seus direitos a cidadania, exigir respeito social à sua diferença, proporcionar espaços para o exercício de sua condição de sujeito social e substituir o modelo manicomial. Fala-se mais de loucura que de psicose, mais de experiências de sofrimento que de quadros clínicos. O que se deve à crítica a clínica da psiquiatria biológica, acusada de reducionismo (colocar o homem entre parêntese e se preocupar apenas, com a doença) e de abrigar tendências medicalizantes e normalizadoras.

Apesar da forte influência da Reforma Psiquiátrica italiana, Instalou-se no final dos anos 80 no Brasil uma grande discussão em torno da natureza da clínica na Reforma Psiquiátrica. Neste período, “clínica” e “política” colocaram-se no campo da Reforma em posições antagônicas, que reivindicavam para si o caráter verdadeiramente transformador da assistência psiquiátrica. Entretanto, no decorrer dos anos seguintes percebeu-se que essa discussão passou a fazer parte do interior do campo. A partir daí, a reflexão sobre a natureza da clínica foi um ponto de referencia para pensar possíveis articulações entre esses saberes.

Em meio a esta discussão acerca da clínica e política evidenciaram-se outros posicionamentos sobre a questão que se diferencia um pouco da visão inspirada no modelo italiano. Um deles, segundo Bezerra (1992, p.35):

[...] é um dos que fazem da clínica da psicose seu centro de interesse. Nesse caso as transformações institucionais propostas têm como base a convicção da especificidade do fenômeno psicótico, que somente a clínica pode deixar transparecer. Enfatiza-se a necessidade de um instrumental teórico-conceitual que permita o labor terapêutico com o sujeito singular [...]. Não se negligencia a importância das dimensões sociais e políticas envolvidas na questão, mas acentua-se a necessidade de reconhecer que a psicose não pode ser referida de maneira simples a uma determinação qualquer, seja ela biológica ou social, pois é expressão da forma peculiar, própria de cada sujeito, de enfrentamento de um conflito vivido intrapsíquicamente. Critica, assim, a diluição do específico da psicose em um todo dos que sofrem com o corpo social.

Visando oferecer indicativos de respostas a essa questão, Bezerra (1992) define que: para superar o modelo manicomial é necessário analisar o sofrimento psíquico individual como um fenômeno que põe em questão, simultaneamente a experiência subjetiva singular e o universo social-histórico em que essa experiência emerge e ganha existência para o próprio sujeito e para os outros.

Assim, toda discussão técnica sobre o tratamento é ao mesmo tempo reflexão política. Tratar do indivíduo que sofre é inevitavelmente referir-se aos contextos de vida em que esse sofrimento surge como experiência no campo da intersubjetividade (BEZERRA, 1992).

De acordo com Lobosque (2001), uma clínica compatível com as práticas e os princípios do movimento antimanicomial deve refletir a dimensão subjetiva, que não se confunde com o individualismo, e saber articular-se com o político e o social.

Nesta direção, se caminha na direção de uma clínica ampliada, na qual está presente a dimensão subjetiva, a social e a política. E que necessita da interdisciplinaridade e de ações e políticas intersetoriais para se materializar.

A interdisciplinaridade tem sido um imperativo decisivo na construção da nova clínica no campo da saúde mental, a partir da experiência/paradigma da desinstitucionalização tendo em vista a articulação dos diferentes conhecimentos para “recompor” o campo da Saúde Mental como efetivamente interdisciplinar ou transdisciplinar. Vale destacar que diferentes campos do saber reivindicavam e/ou ainda reivindicam “domínio” sobre a área da saúde mental a saber: a filosofia e a epistemologia; a psiquiatria; a psicologia; a psicanálise; a sociologia; a saúde pública e as ciências políticas, todas partindo de seus pressupostos e visões de como compreender a natureza humana em suas relações sociais entre os indivíduos e estruturas político-sociais (VASCONCELOS, 2010). Pode-se afirmar que se

levarmos em conta a formação das profissões encontraremos ainda diferentes combinações de saber, traduzidas em suas competências técnicas, que reivindicam um espaço de poder/saber na saúde mental cita-se a enfermagem, o serviço social, a medicina, a terapia ocupacional, arteterapia dentre outras. O autor ainda alerta,

[...] é fundamental reintroduzir essa discussão diretamente sobre o campo das profissões, pois os saberes estão sedimentados em instituições e organizações corporativas, e os conflitos socioinstitucionais entre eles na prática assistencial concreta se dão mais diretamente nesse plano (VASCONCELOS, 2010, p. 45).

Sobre esse respeito destaca-se que a fragmentação dos saberes constitui disciplinas isoladas como modo de explicar objetos fragmentados da realidade, o aparato governamental organizados em setores e políticas setorializadas reflete no campo da gestão e da prática dentro das políticas públicas a própria fragmentação do saber de lidar com os mesmo objetos, também de forma fragmentada (INOJOSA, 2001). Daí salienta-se o debate em destaque sobre a Intersectorialidade no campo da saúde mental, pelo modo próprio como o saber vem de reconfigurando desse campo tendo como expressão as práticas profissionais e os conflitos socioinstitucionais entre os diferentes serviços e políticas sociais.

3.1 INTERSETORIALIDADE

Falar em intersectorialidade nos remete inicialmente aos conceitos de Saúde/doença e ao princípio da integralidade.

No Brasil, com o fim da ditadura militar e o início da democratização, se processava simultaneamente, o movimento da Reforma Psiquiátrica e o movimento da Reforma Sanitária. Este último desencadeado por grupos de sanitaristas da saúde, que intensificam a discussão em busca de novos paradigmas para nortear as programações de saúde, e procuraram dar uma dimensão as políticas públicas do setor Saúde, focalizando os determinantes sócio históricos do processo saúde-doença (WESTPHAL, 1992).

Esse movimento de renovação da Saúde Pública se intensificou após a VIII Conferencia Nacional de Saúde (VIII CNS) no ano de 1986, ocasião em que foi definido que “Saúde” não se reduzia a ausência de doenças, mas significam a atenção às necessidades básicas dos seres humanos, em um ambiente que

favorecesse seu crescimento e desenvolvimento. Conceito semelhante aos da VIII CNS, foram proposto pela Conferencia Mundial de Promoção da Saúde ocorrido no mesmo ano no Canadá.

Esse movimento teve como consequência o estabelecimento do SUS que tem como diretrizes principais a universalidade e integralidade no atendimento aos usuários, a descentralização dos recursos e a regionalização, visando o atendimento das peculiaridades de cada região.

O SUS foi implementado através das leis 8.080/1990 e 8.142/1990. O art.3º da lei 8.080, diz que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento o lazer e acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (BRASIL,1990).

Nessa perspectiva, a integralidade, enquanto uma das principais diretrizes do SUS visa o atendimento integral às necessidades em saúde da população por meio de políticas sociais e econômicas que articulem promoção, proteção e recuperação da saúde nas práticas de atenção, nos princípios da gestão e na organização das políticas de Saúde (BRASIL, 1988).

A integralidade agrega também, outro sentido, o de se fazer principio de um modo de organizar o processo de trabalho nos serviços de saúde. Tal sentido remete-nos à maior proximidade das equipes de saúde dos seus territórios de responsabilidade, a qual concretiza e explicita o conceito ampliado de saúde e a intrincada rede de determinantes sociais que opera no processo de saúde-doença (BRASIL, 2010).

A integralidade de atenção a saúde não se concretiza plenamente no interior de um único serviço de saúde, nem no sistema de saúde, uma vez que as necessidades de saúde envolvem as melhorias das condições de vida e a intervenção em determinantes sociais da saúde que extrapolam a governabilidade e o encargo social do setor sanitário.

Faz-se necessário, portanto, ações articuladas entre os diversos setores da Saúde como também a Intersectorialidade entre as Políticas Públicas.

A intersetorialidade 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).

A Intersetorialidade surge no contexto da saúde como uma possibilidade de materializar a Integralidade do cuidado, visando superar às dificuldades resultantes de práticas de cuidado fragmentadas e ineficientes, como também superar as limitações das políticas públicas fragmentadas pela organização setorial, que terminam por não responder aos fenômenos complexos da sociedade.

Para Junqueira (2000), 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. 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.

A política de Saúde no Brasil, no âmbito da legislação deixa clara que o enfrentamento dos fatores que envolvem o processo de adoecimento, só é possível através de ações integradas com outras políticas, ou seja através da intersetorialidade.

No início da implementação do SUS, os profissionais da saúde envolvidos com o movimento sanitário, idealmente entendiam o funcionamento do SUS, através de articulação intersetorial de políticas públicas, empenharam-se em estabelecer programas conjuntos com os outros ministérios e setores. Mas, a Reforma não conseguiu concretizar inicialmente suas propostas, apesar dos muitos avanços do SUS (BRASIL, 2010).

A Integralidade é também, a um dos fundamentos da Política Nacional de Promoção da Saúde, cuja política visa a promoção da qualidade de vida e redução de vulnerabilidade social e riscos a saúde. Integralidade é o fundamento da promoção da Saúde que mais remete a ação, ao modo de gestão das políticas e iniciativas de melhoria da qualidade de vida, e conseqüentemente, de intervenção nos diferentes níveis de determinação social da saúde (BRASIL, 2006).

Para a Intersetorialidade se concretizar faz-se necessário um processo sistemático de articulação, planejamento e coordenação entre os diversos setores da sociedade em torno de um projeto territorial comum, do qual todos sejam corresponsáveis, cogestores (MENDES; AKEMAN, 2007).

No âmbito das políticas públicas em geral, é imprescindível a Intersetorialidade, o que não é diferente na Política Nacional de Saúde Mental que vem sendo construída desde os anos 80, a qual traz dentre suas diretrizes: a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; e organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Pode-se observar que esta última diretriz, que se refere a Rede de Atenção e a Intersetorialidade é a que vai possibilitar que as demais diretrizes se concretizem.

Nesta perspectiva, em março de 2005, o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Emprego editaram a Portaria Interministerial nº 353, que institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária. O que resultou na Portaria GM 1169 de 2005, do Ministério da Saúde que destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de Inclusão Social pelo Trabalho destinados a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas”. Esta Portaria parte dentre outras, das seguintes considerações: das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, que buscam construir um efetivo lugar social para os portadores de transtornos mentais, por intermédio de ações que ampliem sua autonomia e melhore as condições concretas de vida, entendendo que as ações de inclusão social pelo trabalho são atividades laborais de geração de renda, inserção econômica na sociedade e emancipação do usuário e as diretrizes gerais das Políticas de Economia Solidária e da Reforma Psiquiátrica, que têm como eixos a solidariedade, a inclusão social e a

geração de alternativas concretas para melhorar as condições reais da existência de segmentos menos favorecidos. (Portaria GM 1169/2005).

A partir destas Portarias e várias outras iniciativas vêm se processando e muitas experiências de geração de renda pelo Brasil a fora, só no Banco de Dados do Ministério da Saúde constam até o ano de 2011, 640 iniciativas de Geração de Trabalho e Renda para pessoas com transtorno mental, ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de drogas.

A Intersetorialidade já vinha sendo pautada na Saúde Mental, desde a III Conferencia Nacional de Saúde Mental, no ano de 2001, dado o crescimento a complexidade, multidimensionalidade e pluralidade das necessidades em saúde mental, o que exigiu de todo o campo a permanente atualização e diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão, financiamento, normatização, avaliação e construção de estratégias inovadoras e intersetoriais de cuidado.

A discussão tornou-se mais forte no ano de 2010, por ocasião da IV Conferencia Nacional de Saúde Mental-Intersetorial (IV CNSM-I), que foi realizada sob os auspícios do Ministério da Saúde, com apoio da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da presidência da República, do Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à fome, do Ministério da Cultura e do Conselho Nacional de Saúde, teve como tema “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. Durante a conferencia os participantes reconheceram os avanços concretos na expansão e diversificação da rede de serviços de base comunitária. Por outro lado, identificaram as lacunas e desafios, a complexidade e o caráter multidimensional, interprofissional e intersetorial dos temas e problemas do campo, apontando a direção de consolidar os avanços e enfrentar os novos desafios trazidos pela mudança efetiva do cenário.

Após a IV Conferencia Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, o campo da saúde mental não pode mais deixar de ser apreendido como transversal a várias políticas sociais. Alianças intersetoriais devem ser cuidadas permanentemente para o estabelecimento de diretrizes, pactuações, planejamentos, acompanhamentos, e avaliação de várias outras políticas, com participação e seus gestores e lideranças.; colegiados e eventos em todos os níveis de gestão não fazem mais sentido sem a participação dos parceiros intersetoriais; apoio matricial e sistemas de referencia e contra-referencias não podem mais ser pensados fora da Intersetorialidade” (BRASIL, 2011, p.12).

Para Delgado, (coordenador Nacional de Saúde Mental no período em que ocorreu a IV CNSM-I), a Conferencia evidenciou o quanto é complexo construir uma agenda visível, clara, e estratégica da intersectorialidade. Avançou-se muito, mas a nova fronteira intersectorial ainda está por ser conquistada, a exemplo da articulação com os CRAS e CREAS; da Saúde Mental no sistema sócio educativo e da articulação entre justiça e saúde pública na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, na abordagem clínica das questões da violência e na promoção e prevenção à saúde da primeira infância e na escola. Ainda segundo DELGADO, depois da Conferencia intersectorial, esta é a nova agenda da Reforma Psiquiátrica (DELGADO, 2010).

Dentre as iniciativas/ações intersectoriais na Saúde Mental, destacam-se as que se referem ao cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas, tema que é transversal a outras áreas da saúde, como também, da justiça, educação, social e do desenvolvimento. A complexidade desse tema suscita a necessidade de um maior debate entre os saberes e a construção de políticas integradas para dar conta da problemática.

Assim, o próximo tópico, tratará da política sobre drogas e os arranjos intersectoriais que ela demanda.

4 A POLITICA NACIONAL SOBRE DROGAS: DESAFIOS INTERSETORIAIS NO ARRANJO POLÍTICO

Ao longo da história da humanidade o ser humano sempre conviveu com o uso de drogas sem que isso representasse motivo de alarme social. As substâncias psicoativas foram, e ainda são consumidas em diversas épocas e culturas com finalidades terapêuticas, religiosas ou lúdicas. Atualmente, o consumo abusivo de drogas lícitas e ilícitas, sofreu um intenso crescimento e tem sido tema de grande preocupação social.

No Brasil, o uso abusivo tem sido reconhecido como um dos principais problemas enfrentados pela sociedade atual. Autoridades políticas, sanitárias e sociais situam o fenômeno do consumo de drogas como uma preocupação prioritária a ser resolvida, buscando-se diferentes soluções dentro das diretrizes das políticas Públicas.

A constatação de que tal uso tomou proporção de grave problema de saúde pública no país encontra ressonância nos diversos segmentos da sociedade, pela relação comprovada entre o consumo e agravos sociais que dele decorre ou que o reforçam. Para o Ministério da Saúde “de acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos Centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas” (BRASIL, 2003, pg.12).

Ações políticas eficazes podem reduzir os problemas relacionados ao consumo de drogas vivenciado pela sociedade. Entretanto, até o ano 2000, não havia uma política de Saúde claramente estruturada para atender essa demanda de cuidados. As poucas alternativas de “tratamento” se restringiam a instituições de caráter fechado (BRASIL, 2003).

Até então, havia em curso no país, desde 1998, uma política nacional relacionada a drogas voltadas para a redução da demanda e da oferta de drogas. Para a primeira estratégia conta-se com a ação da justiça, da segurança e da defesa. Para a segunda, internamento, retirando o usuário do contato com a substância. Esse modelo de política tomou corpo, a partir da realização da XX Assembleia Geral da Nações Unidas. Uma das primeiras medidas dessa política, foi transformar o Conselho Federal de Entopercetes em Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), diretamente vinculada a, então, Casa Militar da presidência da República. E no ano de 2003, foi

instituída a Política Nacional Antidrogas – PNAD.

Em 2004, essa política foi revista, chegando a substituir o prefixo *ante* por *sobre*, passando a chamar-se Política Nacional sobre Drogas. E em 2006, foi editada a lei nº 11.343./2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). A partir dessa Lei, usuários de drogas ilícitas e traficantes passam a ter tratamento distinto pela justiça. Posteriormente, a Secretaria Nacional Antidrogas passa a se chamar Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD), e o Conselho Nacional ante Drogas para Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD). A ação do CONAD é descentralizada entre Conselhos Estaduais e Municipais.

No que se refere a políticas de saúde, a mesma passou a se estruturar a partir da lei 10.216 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, quando se ratificou as diretrizes básica do SUS, garantindo aos usuários dos serviços de saúde mental – e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas - a universalidade de acesso e direito a assistência, bem como a possibilidade de cuidados integral em serviços de base comunitária. O que foi reafirmado durante a III Conferencia de Saúde mental em dezembro do mesmo ano, inclusive com propostas de um modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que garanta o seu atendimento pelo SUS. E que essa assistência considere o caráter multifatorial do uso prejudicial/dependente de drogas, tais como: aspectos sociais, psicológicas, econômicas e políticas envolvidas, os quais não podem ser resolvidos apenas no sistema de atenção a saúde.

Para tanto, faz-se necessário uma rede de cuidados na atenção, que seja formada não apenas por serviços de saúde, mas também sociais que possibilitem cuidados clínicos, e também de reabilitação e reinserção social.

Visando a construção da rede psicossocial, álcool e outras drogas no âmbito da saúde, foi editada a portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 que regulamenta os centros de Atenção psicossocial (CAPS), incluindo o CAPS AD, para cuidados a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

No ano de 2004, foi publicada a Portaria nº. 2197 do Ministério da Saúde com a função de redefinir e ampliar a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, institui, em seu Art. 1º, o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, no âmbito do SUS, que deverá ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. A referida Portaria estabelece ainda que: o

Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas tenha como seus principais componentes: Atenção Básica; CAPS-AD, ambulatórios e outras unidades extra-hospitalares especializadas; Atenção Hospitalar de referência em Hospital Geral e rede de suporte social. De 2004 até então, várias modificações foram realizadas na política de saúde referente a álcool e outras Drogas.

Em virtude do crescimento recente do consumo de algumas substâncias, especialmente o crack, derivado da cocaína. Foi lançado em 2010, através do Decreto Presidencial nº 7.179 o Plano Integrado de enfrentamento ao Crack e outras Drogas, visando à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas.

O Plano Integrado de enfrentamento ao Crack e outras Drogas, se constituiu em uma política intersetorial. Tem como fundamento a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, esporte, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas, e tem como objetivos:

- I - estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua;
- II - estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde - SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social - SUAS;
- III - capacitar, de forma continuada, os atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de crack e outras drogas e ao enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas;
- IV - promover e ampliar a participação comunitária nas políticas e ações de prevenção do uso, tratamento, reinserção social e ocupacional de usuários de crack e outras drogas e fomentar a multiplicação de boas práticas;
- V - disseminar informações qualificadas relativas ao crack e outras drogas; e
- VI - fortalecer as ações de enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas em todo o território nacional, com ênfase nos Municípios de fronteira. (BRASIL, 2010).

O Plano tem um comitê gestor intersetorial, sob a coordenação geral da SENAD, e já se encontra em execução. Entretanto no que se refere ao cuidado, só tem sido visível o desdobramento do mesmo, em relação a ampliação e criação de dispositivos na Rede de Atenção no âmbito do SUS - A "Portaria nº 3.088, de 23 de

dezembro de 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial, com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS”. E através de Projetos intersetoriais, voltados para a qualificação de atores governamentais e não governamentais envolvidos no cuidado a pessoas com necessidades decorrentes de substâncias, Dentre os projetos intersetoriais de qualificação, destacamos: Centros Regionais de Referência para formação permanente de profissionais da rede de atenção a usuários de crack e outras drogas; Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, Pet-Saúde / Saúde Mental; e os cursos através do Ensino a Distância: como o SUPERA - Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento; e o curso de Prevenção ao uso indevido de drogas, capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias.

Um dos eixos do Plano Integrado de enfrentamento ao Crack e outras Drogas, que ainda não se faz visível, é o que se propõe a articulação das ações do Sistema Único de Saúde - SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. A intersetorialidade das ações entre esses dois sistemas é primordial na Promoção de Saúde/ Saúde Mental, na prevenção ao uso abusivo de drogas, e na reabilitação psicossocial das pessoas com sofrimento mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de drogas.

Emfim, a Cidadania das pessoas com sofrimento mental, enquanto um dos mais importantes princípios da Reforma psiquiátrica se apresenta também como imprescindível no cuidado integral às pessoas que fazem uso abusivo de crack, álcool e outras drogas. Assim, as Políticas sobre Drogas no Brasil, tem procurado dar conta dessa integralidade através de Políticas intersetoriais, mas esse é um caminho que ainda está começando a se processar, a ser construído.

5 MÉTODOS E TÉCNICAS

Esta pesquisa visou investigar as concepções dos gestores da rede psicossocial do município de Cabedelo-PB sobre a estratégia de intersetorialidade em sua interface com o campo da saúde mental no cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. E surgiu da necessidade de, a luz de métodos científicos, encontrar indicativos de caminhos intersetoriais a ser trilhados no cuidado integral aos usuários de substâncias psicoativas.

Na concepção de Andrade (2003, p.121), pesquisa “é o conjunto de procedimentos sistemáticos baseado no raciocínio lógico, que tem por objetivo encontrar soluções para problemas propostos, mediante a utilização de métodos científicos”. Minayo (2000, p.23) acrescenta que “é uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota”.

Configura-se numa pesquisa de abordagem quali-quantitativa de caráter exploratório. No que se refere a abordagem quantitativa e qualitativa, Minayo e Sanches (1993, p. 247), ressalta que:

A primeira tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. Deve ser utilizada para abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, por exemplo, classificando-os e tornando-os inteligíveis através de variáveis. A segunda adequa-se a aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente.

Para Sellitz et. al. (1974), o caráter exploratório tem como objetivo proporcionar uma maior intimidade com o problema proposto a fim de clarificar o entendimento do estudo, aperfeiçoar conceitos e apreender direta e imediatamente a ideia.

A pesquisa qualitativa preocupa-se nas ciências com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis (MINAYO, 2000).

Esta investigação teve como cenário a gestão da rede Psicossocial do município de Cabedelo/Pb : Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I); Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Alcool e Drogas (CAPS AD); Atenção Básica e Secretaria de Saúde.

Inicialmente, a proposta seria entrevistar 08 gestores deste cenário, o que não foi possível, em virtude da resistência de alguns em responder a entrevista. Esta resistência nos pareceu relacionada ao temor de serem avaliados na pesquisa pela qualidade das respostas. Terminou-se por entrevistar apenas 06 gestores. No que se refere ao critério de inclusão e exclusão, todos os entrevistados são gestores e tem mais de um ano de experiência na área.

Em relação aos instrumentos e procedimentos para coleta de dados, se recorreu à pesquisa de campo, que é o “recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação” (MINAYO, 2000, p.35). No tocante aos instrumentos de pesquisa, foi utilizada a entrevista, optando pela entrevista semi-estruturada, que, de acordo com Minayo (2010), consiste numa modalidade onde se combina perguntas fechadas e abertas podendo o entrevistado discorrer sobre o tema em questão sem, no entanto, se prender a pergunta formulada.

Foi, ainda, desenvolvida a técnica da observação participante que realizada através de um contato direto do observador com o fenômeno a ser observado, com a finalidade de obter informações sobre a realidade e o contexto do objeto a ser investigado (NETO, 1994). A relevância da utilização desta técnica está na possibilitou apreender vários detalhes, situações ou fenômenos diretamente ligados à realidade.

Os instrumentos de coleta de dados permitiram que fossem obtidas informações contidas nas falas dos(as) entrevistados(as), sem as quais seria impossível captar as diferentes faces do fenômeno estudado. Para melhor apreensão das falas as entrevistas foram gravadas – sob autorização dos(as) entrevistados(as) – e posteriormente transcritas para análise. Apesar de que uma das entrevistas foi escrita, por opção do entrevistado.

Após a coleta de dados se processou a análise e interpretação, seguindo as seguintes etapas: leitura detalhada das informações coletadas; agrupamento das

idéias de acordo com as categorias temáticas; e análise, a partir dos discursos coletados, seguida com discussão de acordo com a fundamentação teórica.

As respostas foram organizadas em três eixos: características dos sujeitos da pesquisa (formação profissional e ocupação técnico-operativa); visão do movimento da Reforma psiquiátrica e sua efetivação no município e concepções e estratégias de efetivação da intersectorialidade junto ao usuário de álcool, crack e outras drogas.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Objetivando abarcar a complexidade das questões que transpassam os objetivos desse estudo se faz necessário conhecer as principais características dos sujeitos da pesquisa, tendo em vista, a premissa de que sua formação profissional, ocupação técnico-operativa influencia suas concepções políticas sobre o objeto investigado.

Subsequentemente apresentam-se os dados coletados, analisando-os sob um olhar crítico e embasado na literatura existente sobre a temática, bem como utilizando material colhido com as observações e vasta experiência no campo da saúde mental.

Deste modo destaca-se que os 06 pesquisados ocupam cargos de gestão, conforme critério delimitado pela pesquisa, distribuídos pelas categorias profissionais da seguinte forma:



Fonte: pesquisa direta realizada em Cabedelo-PB/Maio/2012

FIGURA 1- Distribuição por Categoria Profissional.

Como pode ser observado; 50% dos gestores da saúde entrevistados são graduados em psicologia; destes, 2/3 refere-se a direção de serviços especializados em Saúde Mental (CAPS). Ou seja, 100% dos diretores dos CAPS são graduados em psicologia. A opção por diretores que sejam psicólogos, nos parece está relacionado à crença de que os profissionais da área “psi” estão mais preparados

para a gestão técnica de um serviço especializado em saúde mental. Pois teoricamente, os mesmos tem um maior conhecimento sobre o funcionamento psíquico, o que facilita a orientação do manejo clínico.

A clínica, no contexto da Reforma Psiquiátrica antimanicomial, reconhece a necessidade de um instrumental teórico - conceitual que permita o labor terapêutico com o sujeito singular, e que considere simultaneamente o universo social-histórico em que esse sofrimento emerge e ganha existência para o próprio sujeito e para os outros (BEZERRA 1992).

Considerando que é uma clinica, em que está presente não só a dimensão subjetiva, mas também a social e a política, é imperativo a interdisciplinaridade, ou até mesmo a transdisciplinaridade dos saberes na construção de uma nova clinica, no campo da saúde mental. Essa transdisciplinaridade possibilita que os CAPS possam ser gerenciados por qualquer membro da equipe multiprofissional, desde que devidamente qualificado.

No município de Cabedelo, conforme tabela 1, a Gestão dos serviços especializados em Saúde Mental, por psicólogos, tem sido compartilhada com profissionais de outras categorias, como Educador Físico e Assistente Social.

A qualificação dos profissionais não “psi”; para atuar nos CAPS, em geral é realizada a partir e sua inserção na área de Saúde Mental. No caso do município de Cabedelo, a qualificação se dar a partir das reuniões técnicas semanais e supervisão clínica-institucional realizada com a equipe quinzenalmente. Em ambas as reuniões, há socialização/transversalidade dos saberes, se constituindo também em um espaço de Educação Permanente. Outro espaço de qualificação tem sido através de participação em cursos/eventos.

Em geral, os cursos de graduação que não são da área “psi”, como Enfermagem, Educação Física, Serviço Social, dentre outros, só recentemente passaram, ainda que de modo tímido, a contemplar os conteúdos de saúde mental em suas agendas de formação, a qualificação dos profissionais dessas áreas no campo da saúde mental, tem ocorrido basicamente, a partir da prática profissional.

Com relação ao tempo na função todos os pesquisados tem em média dois anos e meio na função, o que nos possibilita pensar numa qualificação, a partir dos serviços, nos conteúdos relativos à saúde mental e sua gestão política-estratégica.

De acordo com os Relatórios de Gestão dos anos de 2010 e 2011, os gestores e trabalhadores da saúde e da rede intersetorial (Educação e Social),

tiveram oportunidade de participar nos respectivos anos dos cursos: “Estratégia de Redução de Danos para Crianças e Adolescentes da Região Metropolitana de João Pessoa”; 04 Cursos oferecidos pelo Centro Regional de Referência para formação permanente de profissionais da rede de atenção a usuários de crack e outras drogas da Paraíba - com duração de 60 a 120 horas, contemplando 60 profissionais; e do curso Prevenção ao uso indevido de drogas, capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias, promovido através do Ensino a Distancia (EAD).

O município promoveu alguns eventos voltados para a intersetorialidade, os quais contaram em suas programações, com palestras e mesas redondas voltadas para a formação em saúde mental, a saber: I Conferencia Municipal de Saúde Mental – Intersetorial, e o I Fórum Intersetorial de Políticas de Cuidados integral as pessoas que fazem uso abusivo de Crack e outras Drogas,

Outros espaços de qualificação promovidos pelo município, voltados para a Rede Psicossocial: Cuidados á pessoas com depressão na Atenção Primaria à saúde, para 05 Equipes de Saúde da Família, com carga horária de 30h; Qualificação em Saúde Mental para os Enfermeiros das Equipes de Saúde da Família, com carga horária de 04 horas; Qualificação em Saúde Mental para os médicos das Equipes de Saúde da Família, com carga horária de 08 horas.

Os gestores da Saúde, inclusive dos CAPS, tiveram a oportunidade de participar dos seguintes cursos através do EAD: Curso de Qualificação de Gestores do SUS; Curso de Extensão para Gestores do SUS em Promoção da Saúde e Curso de Especialização em Gestão da Saúde oferecido pela Universidade Estadual da Paraíba-UEPB.

Cursos de curta duração voltados mais especificamente para as equipes dos CAPS: Curso de Capacitação em Economia Solidária e Oficina sobre Economia Solidária, Consumo Responsável e Comércio Justo.

O principal dispositivo de qualificação dos CAPS tem sido a Supervisão Clínica Institucional, que ocorre quinzenalmente nos dois serviços. A supervisão clínico-institucional é uma iniciativa do Ministério da Saúde que, através de incentivo financeiro, pretende fomentar ações de qualificação de atendimento e de gestão dos CAPS em todo o Brasil. A supervisão clínico-institucional viabiliza a discussão e o redirecionamento de questões / entraves encontrados no cotidiano do serviço, sejam eles clínicos ou referentes à organização e funcionamento do trabalho em equipe e junto à rede de saúde e a Intersetorialidade. Com isso contribui, significativamente,

para o amadurecimento da equipe do ponto de vista clínico e político, o aprimoramento do trabalho e a capacidade de construir respostas para situações difíceis ou adversas (CABEDELLO, 2011).

Outro importante espaço de formação foi o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, Pet-Saúde / Saúde Mental, que é também, uma iniciativa do Ministério da Saúde. Um dos objetivos do Pet Saúde é desenvolver processos de formação de estudantes universitários e educação permanente com os profissionais dos diversos serviços da Rede de Atenção Integral a Saude. Em Cabedelo foi desenvolvido durante o ano de 2011, o “Projeto Integrado de Formação Acadêmica de Estudantes Universitários e Qualificação dos Profissionais de Saúde no Enfrentamento do Crack, álcool e outras Drogas nos Municípios de Cabedelo- PB”. Esse Projeto teve como proponentes a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e a Prefeitura de Cabedelo (CABEDELLO, 2011).

Convidados a relatarem sua trajetória profissional e relação com o campo da saúde mental, as falas são diversificadas, alguns notadamente tiveram uma formação que contemplou os conteúdos da saúde mental desde a formação acadêmica, enquanto outros a convivência com o campo foi mais recente a partir da própria inserção nos serviços, conforme depoimentos,

“Entao, desde a metade da graduação na universidade, eu fui guiando meu percurso pela saúde mental, saúde pública. Estagiei em um CAPS, fiz pesquisas em CAPS de transtorno mental, e em 2009 fui contratado para trabalhar no CAPS AD no município de Cabedelo como psicólogo em uma equipe que estava se formando, depois de alguns meses da formação dessa equipe, assumi a direção do serviço. Hoje é uma gestão compartilhada, com outra pessoa” (psicólogo/gestão).*

“É basicamente na área de Saúde Mental, com transtorno. Trabalhei de 2 a 3 anos com detentos, era uma parceria da Secretaria de Justiça e Ministério da Justiça agente levava cursos, trabalhei em quase todas as unidades penitenciária de João pessoa, inclusive Manicômio Judiciário. E ai, depois de 2004 para cá basicamente no CAPS”. (Psicólogo/gestão)

“Inicialmente eu trabalhei na área de fitness, em academia, passei pela área escolar e aqui no CAPS eu comecei a ter um trabalho voltando para a saúde. Foi o primeiro [...] que eu trabalhei, foi diferente de tudo que eu vi na minha formação, pois o curso é muito focado para a academia, ser personal trainer e apesar de pagar uma cadeira chamada educação física adaptada, voltada a grupos especiais, em nenhum momento foi falado sobre CAPS ou Reforma Psiquiátrica. E estou no CAPS há 2 anos e meio”. (Educador Físico/gestão)

A partir das falas acima, podemos inferir que os psicólogos têm um conhecimento maior sobre a saúde mental, o que entendemos está relacionado a

formação profissional dos mesmos, pois alguns cursos de graduação em psicologia tem possibilitado a compreensão do funcionamento psíquico, na sua inter-relação com outros fenômenos, como o biológico, o socioeconômico e o cultural, ultrapassando o modelo clínico tradicional. Além de que, os conteúdos da Saúde mental já devem está sendo pautados de forma mais consistente nos cursos de psicologia, que nos demais.

Segundo Bastos e Achcar (1994, p. 253-254),

a natureza complexa dos fenômenos que demandam a intervenção do psicólogo, nos diversos domínios do seu campo de atuação, aliado às concepções emergentes que procuram ver o fenômeno psicológico nas suas interações com outros fenômenos, conduz à necessidade de integração de múltiplas perspectivas profissionais.

A formação do psicólogo parece possibilitar aos mesmos, apropriar-se com mais facilidades do campo da saúde mental, não se restringindo ao núcleo da especialidade.

Entretanto alguns profissionais não “psi”, mesmo não tendo uma formação no campo da Saúde mental, evidenciam uma disponibilidade para atuar no campo a partir dos conhecimentos ofertados a partir do próprio espaço de trabalho.

Indagados sobre o entendimento do Movimento de Reforma Psiquiátrica, as opiniões foram semelhantes apenas com algumas variações nas diferentes perspectivas de reforma, algumas falas evidenciaram seu conteúdo político e ideológico, outros destacaram prioritariamente as mudanças práticas sentidas nas diferenças entre os serviços hospitalar e os CAPS. Destaca-se um depoimento que enfatiza a questão política ideológica,

*“Movimento ousado, antes eu tinha mais encantamento com o movimento da reforma, hoje há um desencanto, acho que algumas coisas são possíveis, outras não. Agente vê coisas dentro do serviço que outras pessoas fora não vê, que nem para família faz sentido. Mas acho que vale a pena esse movimento de tentar ressocializar, de mudar o lugar e as percepções da sociedade em relação a loucura. Mas é um movimento válido”
(psicólogo/gestão)*

O Movimento de Reforma psiquiátrica no Brasil teve início final da década de 70, período de luta pela democratização do país, e fim da ditadura militar. Propõe um processo de desinstitucionalização, o que não se limita a extinguir com os manicômios, mas desconstruir e construir novos saberes no campo da saúde

mental, e levar a discussão também para a sociedade, transformando a loucura, enquanto instituição social.

Para Rotelli (2001), desintitucionalização, não se restringe nem se confunde com desospitalizar, pois desospitalizar significa apenas a extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalização significa entender a instituição no sentido dinâmico e complexo das práticas e saberes que traduzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com fenômenos sociais e históricos.

A fala do entrevistado, enfatiza a questão política ideológica da Reforma Psiquiátrica, mas também refere desencantamento com a realidade. Esse desencantamento, parece está relacionado aos desafios que ainda precisam ser superados nesse processo da Reforma Psiquiátrica, dentre eles, a desconstrução do estigma da loucura, as dificuldades encontradas no processo de inclusão social das pessoas com transtornos mentais; e a freqüente fragilidade da rede social de suporte aos usuários dos CAPS.

Depoimentos que evidenciam as questões estruturais entre o tratamento no Hospital psiquiátrico e o cuidado nos CAPS:

‘A reforma psiquiátrica eu entendo como uma tentativa de substituir o tendimento tradicional que vinha sendo realizado com os pacientes com transtorno mental exclusivamente em hospital onde eles para serem tratados eram excluídos do convívio familiar e social. E a reforma vem trazer outros mecanismos como o CAPS onde ocorre esse tratamento, mas sem isolamento, sem perder contato com a família e a comunidade’ (Educador Físico/gestão)

“Em minha opinião a reforma psiquiátrica é um assunto novo, pois só na fase de estagio que eu descobri o que era reforma psiquiátrica, mesmo assim, o estágio foi dentro do hospital. Só conheci a reforma psiquiátrica quando vim trabalhar na saúde publica aqui em Cabedelo tive a oportunidade de conhecer o CAPS, na época só existia o de transtorno. Então vejo que é um olhar diferenciado para a psiquiatria, que antes era restrita aos hospitais e hoje se tem até atendimento no próprio domicilio, é dar assistência a esses pacientes dentro da comunidade” (Enfermagem/gestão)

Estas falas trazem uma compreensão correta do que é Reforma psiquiátrica, em especial ao referir-se ao modelo de assistência segregadora do Hospital Psiquiátrico *versus* o cuidado de base comunitária da rede psicossocial. Entretanto, a Reforma psiquiátrica é mais abrangente. Segundo Amarante (1995, p.79) “A Reforma Psiquiátrica brasileira, alcança, também, um patamar mais amplo com as

mudanças operadas nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico conceitual e sociocultural”.

É possível, que a ausência da perspectiva política ideológica da Reforma Psiquiátrica nos depoimentos acima, esteja relacionada a pouca, ou inexistência dos conteúdos de Saúde Mental nas formações acadêmicas.

Algumas falas apontam a relação da Reforma Psiquiátrica, com a cidadania das pessoas com transtorno mental.

“Posso estar errada, mas entendo como uma proposta de mudar a forma de acolher e tratar o doente mental, conferindo-lhe seus direitos de cidadão e respeito ao ser humano que é, reconhecendo que se trata de um indivíduo que precisa de cuidados e de viver como dignidad”. (psicólogo/gestão)

“É uma mudança que ocorreu na psiquiatria no Brasil, e acho que em outros países. Mudou o tipo de tratamento, não é mais para internar em hospital.. Mudou os paradigmas, Deve também ver a reinserção social do usuário, o lugar dele na sociedade”. (administração/gestão)

Esses depoimentos trazem a questão da cidadania, o que condiz com o que se propõe a Reforma psiquiátrica: ou seja, ser também uma luta política pela cidadania das pessoas com transtorno mental. Por ocasião do II Congresso Nacional do MTSM, já se afirmava essa posição do movimento;

[...] de que este deve ultrapassar as propostas de transformação institucional, a limitação da crítica a psiquiatria, a aliança com o estado e partir para expandir em direção a sociedade a discussão da loucura, da exclusão, das condições de vida. Com essa compreensão o conceito de desinstitucionalização passa a primeiro plano (AMARANTE, 1995, p. 81).

Questionados como se processou a reforma psiquiátrica no município de Cabedelo, percebe-se dois movimentos nos depoimentos: 1) quando o entrevistado percebe avanços significativos na mudança na construção da rede a partir de elementos diversos como: criação de coordenação de saúde mental; composição da pasta da saúde mental de profissionais comprometidos político e ideologicamente com a reforma; criação dos CAPS e as iniciativas intersetoriais como podemos observar nos depoimentos abaixo.

“Acho que em Cabedelo cresceu muito de 2004 para cá, que foi o ano de instalação do CAPS I. Acho que hoje se pode dizer que tem Saúde Mental em Cabedelo, eles podem não saber como se processa, mas quando se falar em saúde mental não acha que é alguma coisa que está para acontecer, ela acontece de fato. Acho que a criação da Coordenação de saúde mental também favoreceu. O fato de sermos trabalhadores e

gestores que se identificam, que não estão apenas ocupando um lugar político, mas que tem uma questão de identificação com o processo, faz com que tenha um movimento de sensibilização do Gestor maior e de tentar sensibilizar outros setores, que é a questão da intersectorialidade mesmo, eu acho que isso ajuda. agente se sente fazendo parte, que agente desbravou esse caminho que cresceu. Mas precisa crescer mais, tem áreas que são deficitárias, a clínica infantil é precária, mas acho que é um processo, que uma hora a coisa vai acontecer. Em relação ao que era antes está muito melhor” (Psicólogo/gestão)

“Este município tem alguns dispositivos como esse em que eu trabalho, ele é relativamente novo, 02 anos, mas desde 2008 até agora a qualidade do serviços e dos profissionais tem tido um grande avanço. Primeiramente, em meados de 2009 foi criado o cargo de coordenação da saúde mental junto a gestão e isso é importante, foi mais um recurso, impulsionou mais as possibilidades de melhorar a reforma psiquiátrica. Logo depois veio a formação de uma equipe de um CAPS AD, um projeto aprovado em anos anteriores. Acho que a saúde mental como um todo vem melhorando muito no município e são boas as perspectivas atuais e futuras (Psicólogo/Gestão)

“Aqui em cabedelo, vejo avanços, principalmente com a implantação desses CAPS: do CAPS I e do CAPS AD, nessa tentativa de unir os vários setores da prefeitura para em conjunto buscar soluções na área de saúde mental. É uma tentativa de unir os vários braços da secretaria de saúde e de outras secretarias para achar soluções nessa area”. (Educador físico/gestão)

As falas acima são de profissionais que atuam nos CAPS, ou seja, nos dispositivos estratégicos da Rede Psicossocial do município, por sua vez, esses profissionais, estão entre os principais protagonistas na implementação da Reforma Psiquiátrica no município, o que os faz valorizar os passos da difícil construção desse processo, e conseqüentemente os avanços.

Os relatos remontam a meados do ano de 2004, período que foi implantado o primeiro CAPS, e contratado uma equipe para trabalhar no mesmo. Nesse período havia uma Coordenação de Saúde Mental, e ambos estavam no organograma da Secretaria de saúde, “subordinados” a Atenção Básica. Com a mudança da Gestão municipal no ano de 2005, foi alterado o organograma da Secretaria de Saúde: extinto a coordenação de Saúde Mental, e o CAPS passou a ficar subordinada ao Centro Municipal de Referência em Saúde (Especialidades). Essas alterações parece ter contribuído na lentidão do movimento de uma política municipal de saúde mental, e por sua vez, na implementação de uma Rede de Atenção Psicossocial. Foi papel do CAPS, como citado no primeiro depoimento, “sensibilizar a gestão” para a importância da saúde mental. Assim, a partir do ano de 2007, passou haver pela gestão, um investimento maior no CAPS, e na Rede. Em 2008, foi enviado ao Ministério da Saúde um projeto para um CAPS AD, o qual foi implantado no ano 2009.

Uma Coordenação de Saúde Mental, era uma reivindicação antiga do CAPS, visando uma melhor articulação dos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, e a implementação de uma política municipal de Saúde Mental. Essa coordenação foi recriada em 2009, voltando no ano de 2010, a fazer parte do organograma da Secretaria de Saúde.

Uma particularidade na saúde mental de Cabedelo, é que a partir do ano de 2005, a gestão dos CAPS, e da Pasta de Saúde Mental (exceto de março a outubro de 2009), são escolhidas democraticamente pelos trabalhadores dos CAPS, dentre os técnicos que compõem a equipe, no contexto de uma gestão horizontal, isto, talvez explique o comprometimento político e ideológico dos gestores e trabalhadores com a Reforma, citado pelo entrevistado.

No ano de 2011, a Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com a Secretaria de Trabalho e Ação Social, Secretaria de Educação e Cultura Secretaria de Turismo e Esportes, Conselho Municipal sobre Drogas e outros parceiros, realizou I Fórum Intersetorial de políticas de atenção Integral as pessoas que fazem uso abusivo de crack e outras drogas, que teve como *desdobramento o Fórum Permanente intersetorial de Políticas sobre Drogas – Cabedelo/Pb*, que se constituiu em um espaço intersetorial de discussão, formação e ações na área de álcool e drogas. Esse Fórum permanente, revela um movimento concreto, mesmo que tímido, envolvendo a intersectorialidade

Na segunda perspectiva observa-se uma postura que reconhece as mudanças, no entanto, os coloca como um processo difícil, lento e muito tímido, ressalta a falta de integração entre os setores da gestão pública para efetivamente alcançar a Intersetorialidade das ações. Assim conforme os depoimentos,

“Como eu tive a oportunidade de trabalhar no NASF, com o transtorno mental, eu vejo que esta caminhando muito bem, não esta como nós queríamos que fosse porque precisamos de coisas que nos faltam, mas estamos progredindo. O que falta é mais participação dos outros órgãos, pois a partir do momento que a gente precisa da escola, do ministério publico e outros órgãos, a gente não tem a participação deles nesse processo. É como se a responsabilidade fosse só de quem trabalha com saúde mental, psiquiatria ou com álcool e drogas e que esses outros órgãos não tivessem que desempenhar seu papel. Muitas vezes eles se envolvem porque há queixas ou denúncias, mas em relação a participar do processo, não” (Enfermagem/gestão)

“Apesar de todas as conquistas, dos esforços, da competência e de iniciativa de alguns profissionais que lidam diretamente com essa questão, no município a reforma ainda é muito lenta, sutil até, eu diria. A sensação é de que falta um interesse maior de todos os setores e gestores, em especial o da Saúde, Educação e Ação Social, no sentido de entendimento desse projeto e do comprometimento necessário para se fazer de fato uma

política voltada para essa população. Precisa construir ou fazer (ou refazer) uma rede de cuidados, com serviços delineados e bem definidos, onde se tenha claro o papel e a responsabilidade de cada um dos envolvidos, bem como um projeto de capacitação e desenvolvimento, considerando a área de atuação de cada profissional. Por exemplo, na Educação: o professor que leciona no período da noite, o que ele precisa saber para lidar com essa questão? Onde, e a quem recorrer caso precise? Como abordar e incluir o assunto em sala aula? Por outro lado, acredito que antes de tudo é precisa haver um querer fazer, e isso é muito complicado para os gestores que ainda tem aquela idéia de que se trata de custo (ou gasto) e não de um investimento” (Psicólogo / gestão).

As falas acima são de profissionais, que estão em cargos de coordenação/gestão de serviços que não específicos de Saúde Mental, o que talvez possibilite uma visão mais ampliada sobre a necessidade da intersetorialidade na saúde. E traz a tona, que a inexistência de uma rede intersetorial tem dificultado o processo de Reforma psiquiátrica no município.

Evidencia-se, a necessidade de projetos e viabilização da construção de uma rede intersetorial no município, visando suprir às dificuldades resultantes de práticas de cuidados fragmentadas, que não dão conta da integralidade do cuidado.

A intersetorialidade 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).

Para dar conta da integralidade do cuidado as pessoas com transtorno mental, bem como, com necessidades de saúde, decorrentes do uso de crack, álcool e outras droga, é imprescindível a construção de políticas públicas intersetoriais.

Nesta perspectiva, nos deteremos no próximo tópico, nas concepções e estratégias de efetivação da intersetorialidade junto ao usuário de crack, álcool e outras drogas.

6.1 INTERSETORIALIDADE: CONCEPÇÕES E ESTRATÉGIAS DE EFETIVAÇÃO JUNTO AO USUÁRIO DE ALCOOL, CRACK, E OUTRAS DROGAS.

A partir desse momento analisar-se-á as concepções dos entrevistados sobre a estratégia da Intersetorialidade no cuidado aos usuários de crack, álcool e outras drogas construídas no município de Cabedelo, tendo em vista o desenho político

presente na condução desse processo. Inicialmente indagou-se aos entrevistados a compreensão que eles tinham sobre a Intersetorialidade:

“É também uma proposta ousada, é trabalhar em parceria, planejar em conjunto, realizar em conjunto, sair do seu próprio espaço, o olhar de cada um sobre determinada questão, vê a possibilidade de que sozinho você não poderá dar conta”.(Psicólogo/gestão)

“A intersetorialidade vem como uma estratégia de gestão para melhoria do atendimento para os usuários. Pensando nessa possibilidade do atendimento integral dos usuários, é pensar nas várias demandas que o usuário pode ter. Ela pode ter não só a demanda para um serviço de Saúde Mental, mas também de outro tipo de serviço. O serviço de Atenção Básica, por exemplo, precisa de outros serviços para dar suporte a demanda que esta pessoa traz, isso a partir de uma visão macro. A meu ver visa uma maior possibilidade de compreensão e de cuidado que os profissionais da saúde ou de outros serviços podem ter para atender a demanda que surge. Esse é o papel mais importante da Intersetorialidade” (psicólogo/gestão).

Salienta-se a concepção de Intersetorialidade muito próxima a alguns debates conceituais em torno da temática, que associam em atividades em conjunto, construção de parcerias. Fica clara a noção dos entrevistados que a Intersetorialidade é uma estratégia de gestão que visa a melhoria da qualidade dos atendimentos para os usuários tendo em vista a integralidades da atenção, observa-se implicitamente que os entrevistados colocam a complexidade das questões que são posta no campo da saúde mental. Para Junqueira,

A Intersetorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços para garantir o acesso igual dos desiguais. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses (JUNQUEIRA, 2000, p.27).

A intersetorialidade se constituir em uma estratégia de Gestão, onde os diversos setores coordenadamente e horizontalmente planejem, executem e avaliem as políticas setoriais complementares, como corresponsáveis e cogestores. Mas, para a intersetorialidade se materializar precisa fazer parte dos processos de trabalho, possibilitando superar a fragmentação do cuidado.

Questionados sobre o papel da Intersetorialidade na gestão das políticas públicas os depoimentos que seguem apontam para importância da mesma para a gestão da políticas em especial para a política de saúde, no entanto, a intersetorialidade é tomada como uma problemática na medida em que não é percebida como estratégia profissional ou de gestão. Os depoimentos evidenciam a

falta de arranjos intersetoriais, ou simplificação da mesma como “repasso de responsabilidade” ou transferência de atividade para outros setores. Fica perceptível que muitos arranjos intersetoriais só se constroem a partir de demandas dos usuários que desencadeiam o contato com outras políticas e setores, mas, aparentemente de forma muito superficial. Vejam-se os depoimentos:

“Como eu falei, as políticas publicam, principalmente de saúde, é voltada para quem trabalha com saúde, quando falamos de outros serviços vinculados à saúde, não existe. Eles só se envolvem quando há alguma denúncia de má atendimento no serviço ou quando a família precisa de algum item, de higiene pessoal, por exemplo. Mas fora isso, não vejo participação intersetorial não. [grifos do autor] A educação agora, ta começando a se inserir na intersetorialidade com o projeto Saúde na Escola, com os outros órgãos ainda é muito frágil, não vejo muito interesse deles em participar. No caso da Saúde na Escola, essa uma iniciativa de cima, se fosse nosso projeto, ele teria falhas porque antes deste projeto começar, em 2009 tentamos um semelhante também nas escolas com o CAPS, e tínhamos dificuldades, porque não tínhamos abertura dos professores que diziam que atrapalhava as aulas, o planejamento didático. Como eles planejam todo o ano letivo em janeiro, se nós não nos inseríssemos em janeiro a gente não podia desenvolver nenhuma atividade que atrapalhasse as aulas. Mas agora no PSF, conseguimos essa parceria com a Educação, não tínhamos isso antes”. (enfermagem/gestão)

“Apesar de ser de suma importância, pelo menos aqui no município, a intersetorialidade é tratada como repasse de responsabilidade ou de execução de algum serviço, de alguma atividade ou tarefa para o outro setor. Parece um jogo de empurra – empurra. A falta de esclarecimento, de modo geral, do que seja o trabalho intersetorial e da complexidade que é o processo, dificulta a operacionalização, gerando problemas de compreensão da função dos profissionais e dos serviços em si. Parece mais com disputa de poder e transferência de problemas e responsabilidades. Não existe uma metodologia nem meios que viabilizem a prática da intersetorialidade, e muito menos uma comunicação voltada para este aspecto. Entendo que essa comunicação seria o ponto de partida para se construir a intersetorialidade, aonde cada um iria percebendo os limites do seu setor e os benefícios das ações integradas. Mas é tudo o contrário” [grifos do autor] (Psicólogo /gestão).

Esses depoimentos evidenciam o quanto as políticas públicas, inclusive de saúde ainda são setoriais/ fragmentadas, o que se reflete na visão restrita que os trabalhadores de saúde tem sobre política de saúde. O conceito de saúde/doença já indica que não é possível saúde, sem qualidade de vida, e qualidade de vida demanda uma visão integrada dos problemas sociais. Ainda para Junqueira,

A ação intersetorial surge como uma nova possibilidade para resolver esses problemas que incidem sobre uma população que ocupa determinado território. [...] aponta para uma visão integrada dos problemas sociais e de suas soluções. Com isso, busca-se otimizar os recursos escassos procurando soluções integradas, pois a complexidade da realidade social, exige um olhar que não se esgota no âmbito de uma única política social (JUNQUEIRA, 2000, p. 3).

Nessa perspectiva, a intersectorialidade é antes de tudo, uma estratégia de política de gestão, que, no entanto para se concretizar necessita também ser incorporada nas práticas dos profissionais;

cabe aos gestores da administração pública e aos profissionais que trabalham com as políticas públicas nos diferentes territórios exercerem o papel de articuladores, mobilizadores e catalisadores, para que os efeitos das políticas públicas sejam potencializados (BRASIL, 2010, p. 52).

Assim, a dificuldade do trabalho intersectorial, não decorre da ausência de resposta dos trabalhadores dos outros setores, como citado no primeiro depoimento, mas da ausência de políticas de gestão intersectorial, o que antecede os processos de trabalho.

Questionados sobre a importância da estratégia da Intersectorialidade para o trato dos usuários de crack e outras drogas fica evidente a importância dada a ação intersectorial pela complexidade que envolve a questão e pelo fato exposto nos depoimentos, o CAPS sozinho não tem condições de abordar. Inúmeras questões são levantadas que esbarram nos limites institucionais do serviço, e que falta de articulação com setores que compõem as redes sociais (institucionais e pessoais) dificultam o trabalho voltado para essa população de forma bastante adversa.

'Eu acho que não só em relação aos usuários de drogas, mas em relação ao usuário de Saúde mental, incluindo o de transtorno. Eu acho que os CAPS não dão conta, então eu acho que é muito importante, sem a intersectorialidade a atuação do CAPS se torna muito limitada. Porque esse usuário tem uma vida lá fora, a vida dele não se resume ao CAPS, e a passagem dele no CAPS pode ser bastante temporária, depois ele precisa tocar isso, e a cidade não está preparada, não tem espaço de acolhimento, para entender que a questão do transtorno, a questão da droga não é prioridade de um determinado serviço, que esse usuário trabalha, ele tem uma família, então acho que é fundamental que o trabalho de ressocialização possa se dar efetivamente, que ele possa encontrar espaços de apoio para vida dele, que seja de uma forma planejada. Então, quem são os parceiros que pode nos ajudar nisso, de repente ele encontra um setor, uma área que talvez não tenha muito a oferecer, mas possa encaminhar apontar uma saída. Eu acho que é muito importante' (Psicólogo/gestão)

No cuidado integral as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack, e outras drogas, uma das principais dificuldades se refere a rede de suporte social, que via de regra, são bem fragilizadas. É freqüente dentre as pessoas dependentes de substâncias psicoativas, a deterioração dos vínculos familiares e de amizades, perda de emprego dentre outros. Essa realidade requer um cuidado que vai além do que a saúde sozinha pode proporcionar fazendo-se

necessário o compartilhamento do cuidado com outros serviços da rede institucional e da comunidade.

Percebe-se que um dos entraves para esse compartilhamento pelos outros setores (além da inexistência de política intersetorial) é o estigma que acompanha o usuário de substâncias, visto como perigoso, portanto, precisando ser mantido a distância. Além disso, no senso comum, o mesmo é considerado como responsável/culpado pelo uso prejudicial que faz da substância psicoativa.

Depoimento que evidencia a necessidade de se trabalhar intersetorialmente nessa questão do cuidado integral

“Vivenciamos isso todo dia. Um exemplo é um encaminhamento de uma pessoa que vem ao CAPS, mas não precisa só de um acompanhamento psicológico/psiquiátrico, ela tem uma demanda social, precisa muitas vezes da educação ou do próprio internamento (...). Os serviços precisam funcionar intersetorialmente: pessoas que fazem uso abusivo precisam circular dentro dos serviços sociais, ela podem fazer uso de ONG's, associação de comunidades onde ela possa se inserir. Tudo isso vai cuidar daquela pessoa da melhor forma possível tentando atender essas demandas do usuário. Então é impossível estar dentro de um serviço como esse (CAPS AD), e achar que a gente vai dar conta de todas essas questões, principalmente nesse tema específico, que é o cuidado do usuário de álcool e outras drogas” (Psicologo/gestão)

“É importante porque o usuário chega no CAPS AD, não chega única e exclusivamente com o vício da droga, as vezes tem família problemática, dificuldades financeiras e outros tipos de doença que o AD não pode fazer o tratamento , e então a gente encaminha, sempre busca outros serviços, outras soluções, pra dar uma assistência pra esse usuário” (Educador Fisico/gestão).

As falas acima explicitam como no cotidiano dos serviços as demandas extrapolam as respostas que o CAPS AD pode ofertar sozinho. O usuário demanda o cuidado em outros serviços da saúde, em outros setores do governo, e até mesmo em instituições não governamentais. Isso evidencia a complexidade da questão, que pra ser resolvida necessita da articulação entre sujeitos de setores sociais diversos, e, portanto com saberes e poderes diversos.

Indagados se conheciam alguma estratégia intersetorial no trato aos usuários de drogas do município de Cabedelo todas apontaram em maior ou menor importância a existência do Fórum Intersectorial, e outros dispositivos que vem sendo construídos;

“Eu acho que o FORUM foi um Marco como uma ação intersectorial na área de álcool e drogas. Mas assim, por está um pouco mais próxima eu sei que o serviço estabeleceu pelas necessidades, outras parcerias, seja na área de saúde, da cultura..o Forum foi um expoente [...]Acho que a parceria com a Universidade, com o PET, tem sido bastante importante” (Psicologo/gestão)

“Identifico varias. Primeiramente tem varias estratégias que não nomearam como intersectorialidade, mas na prática é; por exemplo: quando a gente pactua o atendimento de um usuário na FUNAD, isso é uma estratégia intersectorial. Outra coisa é o que esta acontecendo nos últimos meses, em que a gente vem pensando um pouco mais específico nessa questão de políticas públicas de intersectorialidade, não é atoa que de agosto pra cá, viemos construindo um movimento, que é um fórum aberto, não só para o município mas para a região metropolitana, que contou com profissionais da saúde, da educação, cultura, ação social, usuários também, pessoas de outros níveis de atendimento da comunidade. Estamos a partir desse Fórum, realizando reuniões sistemáticas que tenta fortalecer esses vínculos para a construção de uma rede, para que essa política intersectorial possa cada vez mais ser efetivada. A gente não sabe muito os mecanismos idéias, porque é tudo muito novo, mas a gente vai percorrendo, tentando fazer ações pra que essa temática que a gente vem trabalhando possa ser melhor gerenciada. Pensamos em ampliar nesse Forum Permanente com mais participação da comunidade” (Psicologo/gestão)

“O fórum que aconteceu em agosto passado, e o fórum permanente, que nasceu desse fórum em agosto, e que continua trazendo esse assunto para discussão, debatendo, promovendo ações como por exemplo nas escolas, que eu acho muito importante”. (Educador Físico/Gestão)

“Sim. O próprio fórum, a Conferencia de Saúde Mental, os estudos que a gente faz no fórum permanente (...) no Programa Saúde na Escola, também é debatido o assunto álcool e drogas, temos psicólogos, e como é um assunto delicado, a gente faz um estudo” (Enfermeiro / Gestão)

Foi citado pelos entrevistados como estratégias intersectoriais; o Fórum permanente intersectorial; O Pet Saúde Mental e Programa saúde na Escola.

O Fórum Intersectorial de Políticas de Cuidados integral as pessoas que fazem uso abusivo de Crack e outras Drogas, foi uma iniciativa da pasta de Saúde Mental, diante das muitas demandas intrasetoriais e intersectoriais trazidas no município, pelas pessoas que fazem uso prejudicial de substancias. Foram convidados para planejar e organizar o evento: Representantes das Secretarias de Saúde; Educação, Ação Social, Turismo/Esportes e Justiça; Universidade Federal da Paraíba, através do PET Saúde Mental; Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas (COMAD); e Associação de Saúde Mental dentre outras.

A equipe que se disponibilizou a planejar o Fórum terminou composta de: Coordenação de Saúde Mental, Direção do CAPS AD e CAPS I, representante dos trabalhadores do CAPS AD; uma psicóloga do NASF; duas coordenações da Secretária de Educação e Cultura; duas coordenações da Secretária de Ação Social; o presidente do COMAD, e o presidente da associação municipal de Saúde Mental.

O I Fórum teve como objetivo, discutir a Política de Álcool e Drogas do município, em uma perspectiva intersectorial e tirar propostas e encaminhamentos. Durante a realização, os Secretários participaram da abertura, mas não estiveram

presentes nas discussões. Uma das propostas foi a Criação de um Fórum Intersetorial permanente (mensal) para discussão do enfrentamento ao uso de crack e outras drogas no município de Cabedelo tendo em vista o fortalecimento da rede de cuidados.

O Fórum permanente intersetorial de políticas sobre drogas, vem se processando desde outubro do ano de 2011, e até o momento tem se constituído em um espaço de discussão, formação, e executor de ações de qualificação da rede intersetorial na temática álcool e drogas, visando multiplicadores de ações de promoção/prevenção ao uso nocivo de drogas.

O Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde, Pet-Saúde / Saúde Mental, se constituiu em um dispositivo intersetorial – Saúde/Instituição de Ensino, que visa a Educação permanente nos serviços dos SUS visando desenvolver ações articuladas da rede de saúde mental e intersetorial voltadas para o enfrentamento ao uso do crack, álcool e outras drogas, tendo em perspectiva a qualificação da atenção a partir das necessidades dos serviços. O programa se processou entre março de 2011 e fevereiro de 2012, devendo ser retomado no segundo semestre do mesmo ano.

O Programa Saúde na Escola (PSE), no município de Cabedelo, é um programa ainda embrionário, começou a se processar de forma planejada e executada intersetorialmente, nos últimos dois anos, e tem, quando demandado pelas escolas, contemplado a temática de álcool e drogas.

PSE é um programa Interministerial, desenvolvido pelos Ministérios da Saúde e Educação,

que visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira (...) E tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. (BRASIL, 2012, p.1).

Todas as estratégias intersetoriais citadas: Fórum permanente Intersetorial de Políticas sobre Drogas; PET Saúde Mental e Programa Saúde na Escola, são relativamente recentes, máximo de dois anos de existência. O que significa que são dispositivos que ainda estão descobrindo seus caminhos.

No entanto, apesar da consolidada a opinião sobre esses mecanismos de construção da Intersetorialidade destaca-se dois depoimentos que desconhecem as ações intersetoriais realizadas no município ou não citaram o Fórum como espaço importante:

“Não, talvez por falta de conhecimento de minha parte. O que vejo sempre é o enorme esforço de alguns profissionais em buscar a melhor forma de trabalhar e atender esses usuários” (Psicólogo/gestão)

“Sim, parceria com o CRAS no projeto de Geração de Rendas, com A Ação Social” (administração/gestão)

Na primeira fala, o desconhecimento da estratégia de gestão da intersectorialidade é confundida com a estratégia profissional, talvez por isso o entrevistado não perceba ou não valorize a existência desses mecanismos de construção da intersectorialidade.

As duas falas são da gestão mais “ampliada”, mesmo assim, não refere essas iniciativas de ações intersectoriais citadas pelos demais, o que aponta que a gestão maior ainda não despertou para a intersectorialidade como estratégia de gestão municipal. Assim, as ações intersectoriais desencadeadas no município, ou são provenientes de programas interministeriais, ou das áreas técnicas das secretárias.

Convidados a colaborar com sugestão que pudessem fomentar estratégias intersectoriais percebe-se uma fragilidade nos discursos, a maioria ressalta a importância de manter as ações através do Fórum Intersetorial, de ampliar as parcerias, de continuar o que já vem sendo feito pela gestão. Todavia apontam as dificuldades deste processo, da complexidade da abordagem ao usuário de crack e outras drogas. Algumas falas ressaltam a importância de socializar a discussão por meio de uma mobilização popular. No entanto, é consenso que o CAPS sozinho é incapaz de lidar com todas essas demandas, e que as mesmas não podem ser tratadas apenas no fazer de cada profissional isoladamente. Vejam-se os depoimentos:

“Acho que o Forum Permanente é importante, é uma coisa que tá viva, que move, que vai ter parceiros ali o tempo todo conversando a respeito, então isso faz com que outras idéias surjam. A minha sugestão seria nessa linha, com ampliação de parceiros. Eu acho que essa é uma boa saída para as questões de AD. Então eu acho que nesse momento seria isso, é apenas o que me ocorre” (Psicólogo/gestão)

“A gente vem com essas reuniões permanentes, não da pra deixar isso aí parar, claro que o processo é muito lento, não é apenas uma mudança de postura das pessoas que estão envolvidas, mas requer uma mobilização maior. Eu penso que para uma política pública intersetorial ser efetivada, precisa de uma mobilização popular. A gente tenta puxar um pouco mais a comunidade pra esse fórum, pra tá mobilizando e vendo os recursos existentes. A sugestão é essa: continuar nesse processo de construção, que eu acho que é extremamente longo, um processo que tem que ser perene mesmo. É uma mudança de paradigmas, de construção de políticas. A intersetorialidade é tão nova quanto o atendimento de usuários de álcool e outras drogas, tão nova quanto o próprio SUS, tudo tão recente. Mas eu acho que o município vem trilhando esse caminho e tem capacidade pra isso, espero que sim” (Psicólogo/gestão)

“Acho que é tentar sempre fortalecer isso que já vem acontecendo de forma bem frágil e tentar explicar, clarear para os outros serviços o lugar do usuário do álcool e outras drogas, tentar tirar esse preconceito que é natural da sociedade, pensando em inserir ele não só no CAPS AD e secretaria de saúde mas também nas outras secretarias onde ele possa buscar apoio” (Educador Físico/Gestão)

“Não é uma sugestão porque já se faz, e eu acho muito importante, que é o fórum permanente. Que são reuniões feitas para discutir. E acho que precisamos fortalecer aqui o que já começou, principalmente pelo fato de se reforçar a participação dos outros serviços (...). É pouco, mas sai muitas coisas boas e a gente pode ir trabalhando. Sozinhos não fazemos nada, então esse fórum permanente é uma brecha para estar focando outras coisas que não existem, e a gente pode estar tirando idéias boas para fazer dentro da comunidade. O importante é fazer com que a comunidade participe também do fórum porque é nela que estão os mais vulneráveis”. (Enfermagem/gestão)

Alguns elementos estão presentes em todas as falas acima, as quais correspondem a 2/3 dos gestores entrevistados: a necessidade da intersetorialidade para dar conta do cuidado; a importância da manutenção do Fórum Intersectorial Permanente como dispositivo no processo de construção da rede intersectorial e a incerteza dos caminhos a ser trilhado pelo Fórum. Três entrevistados apontam a necessidade de o Fórum ter uma participação mais forte da comunidade; e apenas um depoimento se refere a construção de políticas públicas.

De um modo geral, não se evidencia nas falas, a intersectorialidade como estratégia de gestão, mas apenas como processos de trabalho. Inclusive o Fórum não tem sido incorporado como espaço de discussão/ação pela gestão maior, mas apenas por alguns coordenadores/diretores e trabalhadores da intersectorialidade, o que limita seus resultados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática da estratégia de intersetorialidade em sua interface com o campo da saúde mental no cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas, embora seja de grande importância para a Saúde Mental, ainda não é suficientemente explorada nos trabalhos acadêmicos. Esta pesquisa não teve a pretensão de fornecer soluções, mas vislumbrar perspectivas de caminhos a serem experimentados e investigados.

A discussão sobre a estratégia da intersetorialidade na saúde mental nos remete a Basaglia, psiquiatra Italiano, um dos primeiros médicos a sugerir que as práticas de saúde mental, deveriam se orientar por uma fenomenologia materialista. Ele crítica à clínica da psiquiatria biológica, acusada de reducionismo, de colocar o homem entre parêntese e se preocupar apenas, com a doença. E propõe que a preocupação seja com o doente, o sujeito, deixando a doença entre parêntese.

Basaglia foi o precursor da Reforma psiquiátrica italiana, na qual, o conceito de doença mental foi substituído pelo de existência-sofrimento do sujeito em relação com o corpo social. Reorientando assim, o objetivo da psiquiatria: passando de cura para o de sociabilidade, qualidade de vida. Considera como fundamental, defender e possibilitar a cidadania do louco, a qual foi negada pelo modelo clássico de psiquiatria que lhe excluí do espaço social, por não lhe considerar sujeito do contrato social. Nesta perspectiva, é desmontado progressivamente o sistema manicomial e criado novos espaços e formas de se lidar com a loucura.

A Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil tem suas raízes principalmente na tradição Basagliana, teve início no final dos anos 70, final da ditadura militar, período que se processava também o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Este último desencadeado por grupos de sanitaristas, que apontavam, dentre outras questões, que as políticas públicas de saúde fossem norteadas, pela compreensão de que o processo saúde /doença tem determinante sócio históricos.

No que se refere às necessidades de saúde decorrentes do uso abusivo/dependente de drogas, são evidentes as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas envolvidas no processo.

O estabelecimento do Sistema único de Saúde - SUS - nos anos 90, já considera fatores sociais e econômicos como determinantes dos processos saúde –

doença, e estabelece como um de seus princípios, a Integralidade, entendida como o atendimento integral às necessidades em saúde da população.

A integralidade de atenção a saúde não se concretiza plenamente no interior de um único serviço de saúde, nem no interior do setor saúde, pois as necessidades de saúde envolvem também, as melhorias das condições de vida e a intervenção em determinantes sociais da saúde que extrapolam a esfera do setor sanitário. Fazendo-se necessárias assim, ações articuladas entre os diversos setores da Saúde como também a Intersetorialidade entre as Políticas Públicas.

A Intersetorialidade surge como uma possibilidade de superar as limitações das políticas públicas fragmentadas pela organização setorial, que terminam por não responder aos fenômenos complexos da sociedade.

No âmbito da saúde, a intersetorialidade como possibilidade de materializar a integralidade, precisa fazer parte também, dos processos de trabalhos, visando superar as dificuldades resultantes de práticas de cuidado fragmentadas e ineficientes.

No que se refere ao cuidado as pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias, compreende-se que uma política de promoção, prevenção, tratamento, proteção, e inclusão social, precisa necessariamente ser construída na interface intra-setoriais aos serviços da saúde, e intersetoriais em relação a outros Ministérios, organizações governamentais e não governamentais.

Ou seja, é um problema complexo, que para ser resolvido requer a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos, e, portanto com saberes, e poderes diversos.

Nessa perspectiva é que começou a ser construída a Política do Ministério da Saúde para Atenção integral a usuários de Álcool e outras Drogas, que teve início, após a promulgação no ano de 2001 da lei 10.216 (conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica), e da instituição do SUS.

Recentemente, no ano de 2010, em virtude do crescimento do consumo de algumas substâncias, especialmente o crack, derivado da cocaína, foi lançado o Plano Integrado de enfrentamento ao Crack e outras Drogas, visando à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas, através da integração e articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras.

O Plano tem um comitê gestor intersetorial, sob a coordenação geral da Secretaria Nacional sobre Drogas - SENAD, e já se encontra em execução. No que se refere ao cuidado, é visível alguns resultados desse plano: a ampliação da Rede Psicossocial, álcool e outras drogas no âmbito do setor saúde, e intensificação de qualificação dos atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de crack e outras drogas. Ou seja, tem sido possível perceber um movimento intersetorial apenas, envolvendo a SENAD, Saúde e Educação. O que nos indica, que a intersectorialidade enquanto estratégia de políticas públicas, no âmbito da Saúde Mental, álcool e outras drogas, ainda são bastante recentes e incipientes.

No que se refere à pesquisa de campo, procurou-se inicialmente, conhecer as principais características dos sujeitos da pesquisa, gestores da rede Psicossocial, tendo em vista, a premissa de que sua formação profissional, ocupação técnico-operativa influencia as concepções políticas sobre o objeto investigado.

Nesta perspectiva, pode-se perceber que todos os gestores entrevistados têm uma boa leitura sobre a reforma psiquiátrica, apesar de, no caso dos profissionais não “psi”, a formação acadêmica não ter proporcionado esse conhecimento. Nestes casos, a formação em Saúde Mental tem se processado, a partir da inserção do trabalhador na rede Psicossocial.

No que se refere à percepção sobre a Intersetorialidade, a mesma está relacionada à visão estratégica do profissional e que depende da posição do serviço que ocupa e de sua formação profissional.

Quem está diretamente no serviço CAPS tem uma visão mais “possível” da Intersetorialidade, evidencia-se as questões que a demandam bem mais próxima do cotidiano do serviço, tendo assim, uma visão da mesma como estratégia profissional para dar conta do cuidado integral às pessoas com necessidades decorrentes do uso abusivo de substâncias.

Os profissionais que estão em outras gerências, relativamente distantes desta assistência, parece ter em alguns momentos, uma leitura mais panorâmica das estratégias intersectoriais, não vislumbrando seu efeito no cotidiano profissional, chegando a ser pessimistas. No entanto, contraditoriamente, os mesmo profissionais em diversos momentos reduzem a Intersetorialidade a ações profissionais pontuais, o que aponta que a estratégia de gestão da intersectorialidade é confundida como

apenas estratégia profissional, talvez por isso não percebam ou não valorize a existência dos mecanismos de construção da intersectorialidade.

De um modo geral, todos os profissionais se atem a intersectorialidade, enquanto estratégia nos processos de trabalho, não a vislumbrando enquanto estratégia de gestão, o que restringe os avanços dessa construção.

Os profissionais que tiveram convívio com a temática da saúde mental em sua formação tem mais facilidade em aprender os conteúdos relativos às construções intersectoriais, conhecimento este, que transcendem a leitura da formação profissional.

O conhecimento sobre intersectorialidade poderá apontar os caminhos a ser experimentados no planejamento e construção da mesma, não só como estratégia de gestão, mas também, como estratégia nos processos de trabalho.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (Org.). **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____, Processo de reforma psiquiátrica no Brasil: a regulamentação das intervenções involuntárias como estratégia de proteção da cidadania e dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais. **Saúde e Direitos Humanos**. Brasília – DF, ano 2, nº 2, p. 54-59. Ministério da Saúde, 2002.

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução a Metodologia do Trabalho Científico**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2003.

BASTOS, A.V. B., ACHCAR, R. Dinâmica profissional e formação do psicólogo: uma perspectiva de integração. In: ACHCAR, R. (coord.) psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação. São Paulo: Casa do psicólogo, 1994. P. 245-271.

BEZERRA JR. Benilton; Cidadania e loucura. In BEZEERA, B.; AMARANTE, P; (Org.). **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1992.

BIRMAN, Joel. A cidadania transloucada. In BEZERRA B. AMARANTE, P; (Org.). **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro, RelumeDumará, 1992.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**, disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>, acesso em 10 de março de 2012.

-----, Ministério da Saúde, **Lei Organica nº 8080, de 19 de setembro de 1990**, Disponível:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso 10 de março de 2012.

-----, Ministerio da Saúde, A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de Alcool e outras Drogas, Brasilia, 2004.

-----, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

-----, Ministério da Saúde, **Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004**, Brasilia, 2004.

-----, Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. DF: Ministério da Saúde, 2004a.

-----, Ministerio da Saúde, **Curso de Extensão para Gestores do SUS em Promoção da Saúde**, Brasília, 2010.

-----, Ministério da Saúde, **Legislação em Saúde Mental 2004 a 2010**, Brasilia, 2010.

- , Presidência da República, **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010.**
- , Ministério da Saúde. **IV Conferencia Nacional de Saúde Mental – Intersectorial: Relatório Final.** Brasília. Ministério da Saúde, 2011.
- , Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**, Ano VII nº 10, Brasília, 2012.
- , Ministério da Educação, **Programa Saúde na Escola**, Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3APrograma-saude-nas-escolas&catid> Acesso em 10 de maio de 2012.
- CABEDELLO, Secretaria de Saúde, **Relatório de Gestão**, Cabedelo, 2011.
- DELGADO, P. G, “A nova fronteira intersectorial ainda está por ser conquistada”. Revista Rádice – Comunicação em Saúde. Nº 97, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, 2010.
- JUNQUEIRA, L.A., **Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde**, Rio de Janeiro 34(6):35-45, Nov. /Dez. 2000
- JUNQUEIRA, L. A.; INOJOSA, R. M. **Desenvolvimento social e intersectorialidade: a cidade solidária.** São Paulo, Fundap, 1997.
- JUNQUEIRA L.A.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. **Descentralização e intersectorialidade: na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza.** Caracas: UNESCO/CLAD, 1998. Série Concurso de Ensayos CLAD.
- LOBOSQUE. Ana Marta. **Princípios para uma clínica antimanicomial.** São Paulo: Hucitec, 1997.
Oficina 4.indd 49
- _____. **Experiência da Loucura.** Rio de Janeiro: Garamond, 2001.
- MINAYO, Maria Cecilia de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.
- MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? In: **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, jul/set 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2012.
- _____. (org). **Pesquisa Social, teoria, método e criatividade.** 29 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010
- NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**(M. C. S. Minayo, org.), Petrópolis: Vozes, 1994

PIOVESAN, A. TEMPORANI, E. R. **Pesquisa exploratória**: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. Rev. Saúde Pública vol.29 no.4 São Paulo. 1995.

ROTELLI, F. L.; LEONARDIS, O., E MAURI, D. **Desinstitucionalização, uma outra via**. A Reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados” in: Desinstitucionalização, São Paulo, Hucitec, 2. Ed, 2001.

WESTPHAL, M.F. Participação popular e as políticas municipais de saúde. Tese de Livre docência apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **REFORMA PSQUIATRICA, REDE PSICOSSOCIAL E O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE**: concepções e práticas dos gestores do município de Cabedelo- PB sobre o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- O trabalho “REDE PSICOSSOCIAL E O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE: uma análise das concepções dos gestores e técnicos do município de Cabedelo- PB sobre o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas”, tem como **objetivo** Conhecer as concepções dos técnicos e gestores da rede psicossocial do município de Cabedelo-PB sobre a estratégia de intersectorialidade em sua interface com o campo da saúde mental no cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas.
- Ao voluntário só caberá a autorização para realização de **Entrevista semi - estruturada**, individual a qual **poderá ser gravada** com seu livre consentimento. Não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.
- **Confidencialidade**: Além de você e nós pesquisadores, ninguém terá acesso aos resultados da sua entrevista, sem o seu consentimento. Quando os resultados da pesquisa forem divulgados, os participantes da mesma serão mantidos no anonimato.

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica nos números (083) 8811-3732 Maria Milaneide de Souza.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse enquanto participante, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA



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

PROJETO: REFORMA PSIQUIÁTRICA, REDE PSICOSSOCIAL E O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE: concepções e práticas dos gestores do município de Cabedelo- PB sobre o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas

PESQUISADORA: Maria Milaneide de Souza

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Rafael Nicolau Carvalho

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Qual a função que você exerce nesta Gestão?
2. Há quanto tempo atua nesta função?
3. Fale um pouco de sua experiência profissional?
4. Em sua opinião, o que é Reforma Psiquiátrica?
5. Como tem se processado a Reforma Psiquiátrica neste município?

6. Como você vê o papel da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde?

7. Como você vê o papel da intersetorialidade no cuidado ao usuário de álcool, crack, e outras drogas?

8. Você identifica alguma estratégia intersetorial, que tenha sido utilizada nesse município no cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas? Qual (quais)?

9. Você tem alguma sugestão para a implementação da intersetorialidade no cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas?