



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
Mestrado em Saúde Pública



**ROSSANA CARLA RAMEH-DE-ALBUQUERQUE**

---

**CASAS DO MEIO DO CAMINHO:  
um relato da experiência de Recife na busca da  
atenção integral à saúde dos usuários  
de álcool, fumo e outras drogas**

---

RECIFE  
2008

**Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque**

**CASAS DO MEIO DO CAMINHO:  
um relato da experiência de Recife na busca da atenção  
integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientador: André Monteiro Costa

RECIFE  
2008

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

---

R171n Rameh-de-Albuquerque, Rossana Carla.

Casas do Meio do Caminho: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas. — Recife: R. C. Rameh-de-Albuquerque, 2008.

221 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: André Monteiro Costa.

1. Casas para Recuperação. 2. Alcoolismo. 3. Drogas Ilícitas. 4. Tabagismo. 5. Atenção à Saúde. 6. Assistência Integral à Saúde. 7. Avaliação de Serviços de Saúde. I. Costa, André Monteiro. II. Título.

CDU 641.2

---

**Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque**

**CASAS DO MEIO DO CAMINHO:  
um relato da experiência de Recife na busca da atenção  
integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Data de aprovação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dr<sup>o</sup> André Monteiro Costa  
CPqAM/FIOCRUZ

---

Dr<sup>o</sup> Moab Duarte Acioli  
UNICAP

---

Dr<sup>a</sup> Paullette Cavalcanti  
CPqAM/FIOCRUZ

*À minha grande razão de existir: meu filho Felipe.*  
*À Letícia Rameh – grande incentivadora para esse caminho ser percorrido.*  
*Aos meus referenciais de família, cada um à seu modo:*  
*meu avô Ide Isaia Rameh (in memoriam) e*  
*meu tio Harry do Amaral Reis (in memoriam).*

## AGRADECIMENTOS

Ao meu pai Paulo Felinto, por todos os momentos de troca, aprendizado e simplesmente TUDO!

À minha mãe Lindinaura Rameh, pela eterna força, garra e visão de mundo: te devo muito!

Aos meus irmãos Paulo Cristiano, Paulo Vladimir e Luciana com suas respectivas trupes que me fazem muito feliz: Maria Clara; Célia e Helena; Alex, Pablo e Rafaela.

À minha Vó Cença – meu modelo e referência do que é ser uma mulher de fibra.

Aos meus tios e tias, primos e primas com seus respectivo(a)s agregado(a)s; em especial Marília, Leila, Ladjane, Lúcia e Jurandir.

À amiga e “cumade”, segunda mãe do meu filhote, Cris – ela sabe os porquês!

À Marisa, quase minha babá também! Sem ela não tinha mestrado não...

À Vilmar E. Santos – pela presença maravilhosa na minha vida e, claro, porque bom encontro é de dois!

Aos amigos e amigas do peito, cada qual a seu jeito, foram e são fundamentais na minha jornada: Mariangela Valença, Luciana Padilha, Maria Alice Falcão, Silvana Souza Leão, Simone Cristo, Dandara Cristo, Ricardo Cristo, Arnaldo Reis, Cláudia Almeida, Eziane Costa, Naíde Valois, Renata Almeida, Marilurdes Canto, Ana Coimbra Falcão, Ângela Almeida, Maria das Graças Borges, Nando Canu, Marcos Costa, Raul Freire, Otávio Valença, Ângela Marcondes, Ana Lúcia Azevêdo, Max, João Batista, Alexandre Botelho, Auzani Castro, Janaína Gomes, Maristela Moraes, Antônio e toda turma da Estação do Papel.

Ao meu orientador André Monteiro – pela escuta paciente, compreensão do ritmo,  
carinho e confiança depositada.

Às melhores “chefas” do mundo: Adelaide Cabral, Alda Roberta Campos, Verônica  
Brederode e Melissa Azevêdo – sem babar, vocês são show!

Aos Acompanhantes Terapêuticos da Casa do Meio do Caminho Celeste Aída  
Chaves – os que estão e os que por lá passaram, só faço aprender com vocês!

Aos companheiros da Prefeitura da Cidade do Recife, especialmente do Programa  
Mais Vida - pela troca, apoio, respeito e paciência comigo! Especialmente Magda  
Figueirôa - que gentilmente “pescou” as pérolas amarelinhas do projeto do CPTRA –  
e Pollyanna – pelos toques, escuta e incentivo.

Aos profissionais e usuários do CAPSad Eulâmpio Cordeiro – vocês foram o motivo  
de eu me entregar ao “mundo das drogas”! Especialmente Marília Oliveira - que  
buscou “direto do túnel do tempo” os relatórios e documentos do CECRH -, e a  
Conceição Vasconcelos e Ana Valois, pela divisão da labuta e troca de saberes.

À Rede Pernambucana de Redução de Danos e ABORDA (Associação Brasileira de  
Redutores e Redutoras de Danos) – debates frutíferos e lócus especiais de  
aprendizagem.

Ao Instituto RAID, pelas portas abertas, especialmente nas pessoas de José Carlos  
Escobar e Evaldo Melo de Oliveira.

Aos entrevistados que gentilmente cederam seu tempo e sua atenção.

Às queridas Roberta Uchôa e Ana Isi Maia pela solidariedade prestada e gentileza na  
escuta.

Ao CPqAM, pela oportunidade única.

Aos professores que deram os ingredientes dessa massa e à todo pessoal da Secretaria Acadêmica, da Biblioteca e os funcionários do CPqAM pela atenção, carinho e cuidado.

Aos meus colegas de turma – Mestrado 2006 - e os demais amigos feitos na turma – Doutorado 2006 – em especial: Cida, Paulo, Glaciene, Ana Paula, Beatriz.

Às dispostas e atentas Rafaela, Leila, Mari e Marisa, pelas trabalhosas e difíceis transcrições; Lucinha e Sandra pela tradução do resumo, valeu meninas!

À Rafaela Fernandes e Paulo César P. Fraga pelas revisões e discussões frutíferas, além da amizade sincera e fraterna que me enchem de alegria.

Aos membros da banca de qualificação: Maristela Moraes e Maria Rejane Ferreira – foi inesquecível e definitivo!

Aos membros da banca de defesa: Paulette Cavalcanti e Moab Duarte Acioli pela oportunidade de aprendizagem e atenção dada; e ainda aos membros suplentes: Carlos Antônio Alves Pontes e José Luís Corrêia de Araújo, pela disponibilidade.



*Todos estão loucos nesse mundo? Porque a cabeça da gente é uma só, e as coisas que há e que estão para haver são demais de muitas, muito maiores diferentes, e a gente tem de necessitar de aumentar a cabeça, para o total.*

*João Guimarães Rosa, enxerto de Grande Sertão: Veredas (1956)*

*Se uma pessoa fizesse apenas o que entende, jamais avançaria um passo.*

*Clarice Lispector, enxerto de A Maçã no Escuro (1964)*

---

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, R. C. *Casas do Meio do Caminho: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas*. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

---

## RESUMO

O presente estudo, de caráter qualitativo, busca analisar a pertinência da Casa do Meio do Caminho (CMC), como um serviço importante na composição da Rede de Atenção Integral à Saúde aos Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas de Recife, à luz da reflexão sobre um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS: a Integralidade. Foram levadas em consideração as categorias de análise: a Integralidade Focal, na qual consideram-se o menu de programas do serviço de saúde, a originalidade da proposta, a composição e as relações interpessoais entre a equipe multidisciplinar da CMC; e a Integralidade Ampla, na qual observam-se a intersetorialidade, a inserção do serviço na rede de atenção, o quantitativo das Casas e perfil da demanda, os fluxos – referência e contra-referência e a descrição geral das Casas, com suas peculiaridades. Trata-se de um estudo que utilizou o método da avaliação de processo, que objetiva a compreensão de *como* a política e/ou o programa está implementado. A coleta de dados foi por meio de entrevistas semi-estruturadas, observação direta, diário de campo e análise documental. Assim, foi possível compreender as concepções que fundamentaram a criação das CMC, bem como os sentidos e significados atribuídos ao princípio da Integralidade pelos profissionais, especialistas, gestores e usuários. Acredita-se que a avaliação desse serviço contribuirá para a implementação do mesmo, que por ser recente, ainda encontra-se em processo de construção. Como conclusões destacam-se: a pertinência da CMC, como um espaço importante que contribui para a atenção integral e amplia a Política de Saúde Mental junto à população usuária de álcool e drogas, a atuação do Acompanhante Terapêutico, como um novo e importante ator para o cuidado e a atenção a este público e que, o poder público de Recife, através da Secretaria de Saúde, oferece um serviço diferenciado de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, anteriormente negligenciados por este setor. No entanto, observamos que há um conjunto de recomendações, visto os limites e dificuldades encontrados a partir da avaliação deste serviço. Tanto a integralidade focal quanto a integralidade ampla, carecem de uma compreensão maior por parte de técnicos e profissionais para que estes venham a ser impulsionadores da atenção e cuidado oferecidos por este serviço.

**Palavras Chaves:** Casas para Recuperação. Alcoolismo. Drogas Ilícitas. Tabagismo. Atenção à Saúde. Assistência Integral à Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde.

---

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, R. C. *Halfway Houses: A report on Recife's attempt to provide integrated health-care for users of alcohol, tobacco and other drugs.* Dissertation (Masters in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

---

## ABSTRACT

This qualitative study aims to analyze the appropriateness of the halfway houses which play an important role in Recife's Integrated Healthcare Network for Users of Alcohol, Tobacco and Other Drugs, in light of reflection on one of the main guiding principles of the Brazilian National Health Service (SUS): namely integrated care. The following categories of analysis were considered: focused integration, in which we examine the menu of health service programs available, the originality of the proposal, the way it has been put together and the interpersonal relations among the members of the halfway houses' multidisciplinary team; and broad integration, in which we examine connections between different sectors, the incorporation of the service into the healthcare network, the number of halfway houses and the nature of the demand, the flow of referrals and counter-referrals, and a general description of the particular features of halfway houses. The study used the method of process evaluation, which aims to acquire understanding of *how* the policy/program has been implemented. Data was gathered using semi-structured interviews, direct observation, a field diary and analysis of documents. It was thus possible to understand the concepts on which the halfway house program was founded, as well as the significance that is given to the principle of integrated care by health professionals, specialists, managers and users. It is believed that the evaluation of this service will contribute to improving the implementation of a program that is a relatively recent innovation and thus still under construction. The main conclusions are: that the halfway houses are useful in contributing to integrated healthcare and help to broaden the scope of mental health policy for users of drugs and alcohol; that the work of the accompanying therapist makes an important and novel contribution to care for this sector of the population; and that the local authorities in Recife, through the Department of Health, provide a distinctive care service for uses of drugs and alcohol, who had previously been neglected by this sector. However, our evaluation of the service also revealed that a number of recommendations can be made as to how to overcome the limitations and difficulties encountered. Both focused and broad integrated care need to be better understood by technicians and health professionals if the latter are to be effective promoters of the form of care offered by this service.

**Keywords:** Halfway houses. Alcoholism. Illicit drugs. Tobacco dependence. Health care. Integrated health care. Assessment of health care services.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos

ABEAD – Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Drogas

ABORDA – Associação Brasileira de Redutores e Redutoras de Danos

AD – Álcool, Fumo e Outras Drogas

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AIVD – Atividades da Vida Diária

AT – Acompanhante Terapêutico

APAC – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

ASA – Agente de Saúde Ambiental

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS 3 ou CAPS 24h - Centro de Atenção Psicossocial em regime de funcionamento integral – 24 horas

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas

CCC – Centro de Convivência e Cultura

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas

CECRH – Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana

CF – Constituição Federal

CMC – Casa do Meio do Caminho

CONDICA - Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente.

CPTRA – Centro de Prevenção Tratamento e Recuperação do Alcoolismo

CT – Comunidade Terapêutica

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DS – Distrito Sanitário

GNA – Grupo Nicotina Anônimos

INCA – Instituto Nacional do Câncer

IPSEP – Instituto de Previdência Social do Estado de Pernambuco

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental  
NA – Narcóticos Anônimos  
NAPS – Núcleo de Assistência Psicossocial  
NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família  
ONG – Organizações Não Governamentais  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PCR – Prefeitura da Cidade de Recife  
PMS - Plano Municipal de Saúde  
PRD – Programa de Redução de Danos  
PSF – Programa de Saúde da Família  
RD – Redução de Danos  
RD´s – Redutores de Danos  
RPA – Região Político Administrativa  
SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência  
SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas  
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SHRad – Serviços Hospitalares de Referência para álcool e outras drogas  
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UD – Unidades de Desintoxicação  
UDI – Usuários de Drogas Injetáveis  
UFPE - Universidade Federal de Pernambuco  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TR - Técnico de Referência

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>   | 16 |
| <b>2 NAS RAIAS DA LOUCURA: DO PULO DA JANELA AO MERGULHO NA LUA</b>   | 25 |
| <b>2.1 Do descaso a um novo olhar: a construção da Política Nacional para Usuários de Álcool e Outras Drogas como conquista da Reforma Psiquiátrica</b> | 25 |
| <b>3 A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL, FUMO E OUTRAS DROGAS DE RECIFE</b>  | 47 |
| <b>4 A POLISSEMIA E POLIFONIA DA INTEGRALIDADE</b>  | 64 |
| <b>5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>  | 75 |
| <b>5.1 Desenho de Estudo</b>  | 75 |
| 5.1.1 O que é avaliar os serviços de saúde e para quê avaliá-los?   | 75 |
| 5.1.2 Como se deu à avaliação do serviço objeto deste estudo?   | 76 |
| <b>5.2 Área do Estudo</b>   | 78 |
| <b>5.3 Sujeitos da Pesquisa</b>   | 79 |
| <b>5.4 Fontes de Dados, Instrumentos e Técnicas</b>   | 79 |
| 5.4.1 Entrevista semi-estruturada   | 81 |
| 5.4.2 Observação Participante   | 82 |
| 5.4.3 Pesquisa documental   | 83 |
| <b>5.5 Categorias de Análise</b>  | 84 |
| <b>5.6 Análise e Tratamento dos Dados</b>   | 84 |
| <b>5.7 Limitações no Método</b>   | 85 |
| <b>5.8 Aspectos Éticos</b>  | 87 |
| <b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>   | 89 |
| <b>6.1 A Compreensão sobre a Integralidade Junto aos Serviços de Álcool e Outras Drogas de Recife</b>   | 89 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>6.2 A Integralidade Micro nas Casas do Meio do Caminho</b>  | 96  |
| 6.2.1 A Originalidade da Proposta  | 97  |
| 6.2.1.1 <i>O Programa Terapêutico</i>  | 117 |
| 6.2.1.1.1 <u>Objetivos</u>   | 118 |
| 6.2.1.1.2 <u>Perfil do Usuário</u>   | 123 |
| 6.2.1.1.3 <u>Critérios de Admissão</u>   | 128 |
| 6.2.1.1.4 <u>Período de Albergamento</u>   | 134 |
| 6.2.1.1.5 <u>A Grade Terapêutica</u>   | 136 |
| 6.2.2 A Composição da Equipe e Suas Relações Interpessoais   | 139 |
| 6.2.2.1 <i>O Gerenciamento</i>   | 142 |
| 6.2.2.2 <i>Os Técnicos de Nível Superior</i>   | 142 |
| 6.2.2.3 <i>Os Acompanhantes Terapêuticos</i>   | 144 |
| 6.2.2.4 <i>O Apoio Administrativo e Vigilância</i>   | 147 |
| 6.2.3 A Convivência dos Paradigmas: Redução de Danos X Ambientes Livres do Fumo, dicotomia de uma mesma atenção? | 148 |
| <b>6.3 A Integralidade Macro: Tecendo Cuidado e Atenção Para os Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas</b>     | 155 |
| 6.3.1 A Inserção da Casa do Meio do Caminho na Rede de Atenção aos Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas      | 155 |
| 6.3.2 Diferentes Serviços para Diferentes Usuários   | 163 |
| 6.3.2.1 <i>Espaço Jandira Masur – A CMC Feminina</i>   | 164 |
| 6.3.2.2 <i>Casa do Meio do Caminho Prof<sup>o</sup> Luis Cerqueira – A CMC para Adolescentes</i>                 | 167 |
| 6.3.2.3 <i>Casa do Meio do Caminho Antônio Nery Filho e Casa do Meio do Caminho Celeste Aída Chaves</i>          | 169 |
| 6.3.3 Fluxos – Referência e Contra-referência  | 170 |
| 6.3.4 Intersetorialidade   | 177 |
| <b>7 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</b>  | 183 |
| <b>REFERÊNCIAS</b>   | 191 |
| <b>APÊNDICE</b>  | 208 |

# INTRODUÇÃO







## 1 INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, os serviços destinados ao tratamento e ao cuidado com as pessoas que usam drogas foram negligenciados pelo setor público (BRASIL, 2007a), pois anteriormente à Reforma Psiquiátrica, os toxicômanos<sup>1</sup> eram “tratados” juntamente com as pessoas que sofriam de transtornos mentais, sem nenhum tipo de atendimento especializado ou focado nesta problemática (CARNEIRO, 2002). E essa é uma questão que precisa ser abordada numa perspectiva histórica como nos lembra Lancetti (1990).

Só a partir do final dos anos 70, no Brasil, dá-se início a um intenso debate sobre a questão da saúde mental e paulatinamente diversas experiências de transformação da assistência aos portadores de transtorno psíquico foram iniciadas (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003). Foi a chamada Reforma Psiquiátrica que veio propor uma ampla mudança no atendimento à saúde mental, a fim de garantir o acesso da população aos serviços respeitando os seus direitos e sua liberdade. Uma significativa mudança do modelo de tratamento, que no lugar do isolamento, continua nos dias atuais propondo o convívio junto à família e à comunidade (AMARANTE, 1995; BARRIO, 2004).

Apesar dos poucos documentos e textos que refletem sobre este descaso histórico dado ao cuidado aos usuários de álcool e outras drogas (Usuários de AD<sup>2</sup>), essa questão pôde ser revista a partir da criação da Política Nacional de Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, em 2002, quando admite que a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas vinha sendo abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica (BRASIL, 2003a, p. 7).

Atualmente, o tema drogas e toda a problemática decorrente de seu uso vêm sendo amplamente discutidos, porém os serviços de saúde específicos para este público

---

<sup>1</sup> Toxicômano: termo aqui utilizado considerando a contextualização do período histórico. No dicionário HOUAISS: diz-se de ou indivíduo que apresenta toxicomania. Toxicomania: consumo compulsivo de substâncias ativas sobre o psiquismo como o álcool e as drogas (heroína, cocaína, haxixe etc) cf. farmacodependência. (HOUAISS, 2001).

<sup>2</sup> Escolhemos adotar o termo Usuários de AD no sentido das pessoas que usam álcool e outras drogas para diferenciá-los de usuários do SUS apenas.

continuam insuficientes e o consumo de drogas continua crescendo em nossa sociedade (SILVEIRA; MOREIRA, 2006). E apesar de ser o uso de drogas uma prática humana milenar e quase universal, os problemas decorrentes de seu uso abusivo e prejudicial têm-se configurado como grave problema de saúde pública no Brasil (BUCHER, 1992).

Tais problemas vêm tomando grandes proporções alastrando-se tanto por populações de baixa renda quanto pelas classes média e alta, embora com determinantes e motivações diferentes, não se tratando apenas de produtos ilegais - maconha, cocaína, crack etc - mas também, do abuso de substâncias legais como álcool, tabaco, medicamentos e inalantes (NOTO, 1999).

O conjunto dessas práticas abusivas acarreta um alto custo social, além de sofrimentos físicos, psíquicos e morais aos usuários e às famílias. Trazendo então, para o campo da saúde mental, uma preocupação e necessidade de se encarar a problemática de maneira ampla e intersectorial (DELGADO et al., 2004).

De modo que para se compreender o fenômeno das drogas em nossa sociedade, é preciso uma postura e uma atitude, concomitantemente crítica e aberta, visto que é necessário analisar os diversos aspectos que são trazidos, sobre o significado do uso dessas substâncias, pelos vários grupos sociais (MELCOP et al., 2002), pois o uso de drogas é um evento complexo e dinâmico da vida em sociedade, permeado por questões políticas, econômicas e culturais, que se relacionam com a subjetividade humana, a moral, as relações de poder institucionais e pessoais, entre outros aspectos (MORAES, 2005).

Entre estes, o próprio uso da terminologia existente sobre drogas que carrega em diferentes contextos todos os significados da sociedade vigente, relacionando-se ao lazer, à mídia, aos fenômenos culturais, contradições sociais, sintomas contemporâneos, como violência e tráfico, e certamente sobre os termos escolhidos e utilizados pelo setor saúde (MORAES, 2005).

Em se tratando da terminologia adotada no campo da saúde há ainda a tradição médica e/ou moral em que a problemática das drogas se desenvolveu (MORAES,

2006). Assim os termos apresentam-se de formas variadas a partir do contexto em que foram definidos e que são utilizados.

Se por um lado a Organização Mundial da Saúde (OMS) define droga como substância que, uma vez introduzida no corpo provoca alterações no sistema nervoso central podendo causar dependência, Petuco (2006a) nos lembra que, por outro lado, o historiador Henrique Carneiro (1994 apud PETUCO, 2006a), diz que a droga sempre foi, antes de qualquer coisa, um conceito moral. Haja vista as diferentes formas da religião conceber o uso de tais substâncias. Estes são alguns dos contrapontos existentes sobre o uso dos termos.

Apesar dos levantamentos epidemiológicos existentes (CARLINI, et al., 2006; GALDURÓZ et al., 1999, 2004; GALDURÓZ; NOTO; CARLINI, 2000, 2002), ainda é difícil definir uma estimativa desse consumo (LARANJEIRA et al., 2007). Sabe-se que ampla faixa da população jovem do país tem contato com drogas. Isto não significa necessariamente dependência; porém as primeiras experiências, cada vez mais precoces, com tais substâncias podem, em circunstâncias desfavoráveis, levar a um aumento crescente do consumo e, no extremo, à dependência (NOTO, 1997).

A abordagem repressiva, considerada importante no que tange ao tráfico de drogas, é insuficiente e mesmo contraproducente quando se trata da questão do consumo de substâncias psicoativas pelos jovens (NOTO, 1997). Os erros de estratégia da política repressora às drogas até hoje repercutem na incapacidade de reverter o aumento crescente do uso e da produção e ainda as implicações consideradas criminosas e anti-sociais associadas à ilegalidade (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003), pois a política proibicionista, imposta pelos Estados Unidos da América ao mundo, aumenta o preço pago pela própria sociedade com relação ao narcotráfico e seu lucro (FRAGA, 2000).

Outro aspecto a ser considerado refere-se ao uso do dinheiro público, pois o Sistema Único de Saúde (SUS) apresentou gastos de R\$ 55,6 milhões utilizados em internações decorrentes de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e R\$ 11,7 milhões gastos decorrente de transtornos associados ao uso de

outras substâncias, no período de janeiro a novembro de 2003 (DELGADO et al., 2004).

Observa-se que mais de 6% da população usuária dos serviços de Saúde Mental apresenta transtornos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2006b) configurando-se, então, o problema do uso abusivo e prejudicial destas substâncias como de fato algo que merece ser ainda mais estudado e abordado, no sentido de contribuir para a elaboração e implementação de políticas públicas voltadas para o tratamento e cuidado dos usuários de álcool e outras drogas.

No Brasil, com relação aos serviços de atenção à saúde existente para o cuidado aos usuários de AD a literatura é escassa, provavelmente por serem ainda serviços recentes, provocando lacunas na compreensão histórica da formulação das políticas de atenção a este público. Por esta razão, este estudo propõe a partir da escuta de sujeitos-chaves, registrar aspectos considerados fundamentais para a compreensão do processo de construção da política de álcool e outras drogas no município de Recife.

Também o princípio da integralidade foi escolhido como foco de análise, visto que, apesar da grande demanda por serviços assistenciais de saúde por parte dos usuários de AD (MARTINS, 2003), tais serviços ainda carecem da interlocução com novas práticas de saúde que sejam baseadas em modelos diferentes daqueles moldados apenas pela visão biomédica (AYRES, 1990, PINHEIRO; MATTOS, 2005). Assim, a criação do SUS também se torna um aspecto importante nesta reflexão.

O SUS vem como uma resposta contrária ao processo excludente que havia antes de sua criação, trazendo em seus princípios um novo horizonte a ser seguido. A partir de sua instituição percebem-se vários resultados imediatos, principalmente no que se refere às pessoas economicamente desfavorecidas. Ganha destaque o fim da separação que havia entre os incluídos e não incluídos (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETARIOS DE SAÚDE, 2006). Junto a estes, também os grupos

excluídos cultural e socialmente, como é o caso dos usuários de AD no Brasil<sup>3</sup>. Assim o entendimento de que **todos** têm direito à saúde torna-se um constante desafio.

Compondo com a universalidade, a equidade e o controle social, a integralidade forma a base dos princípios do SUS. Conceitualmente, suas origens estão na Constituição Federal (CF) e em suas leis regulamentares, o que concedeu a este princípio a possibilidade de ampliação de seu uso, tornando-o um princípio polifônico e polissêmico visto que incorpora diversas vozes e sentidos em sua expressão (MATTOS, 2006).

Diante de tais reflexões surgiu um crescente interesse em estudar os diversos aspectos que nortearam a construção da política local de álcool e outras drogas. Assim, a escolha do objeto desse estudo adveio principalmente de minha inserção como coordenadora de um serviço de saúde específico para o cuidado aos usuários de AD em Recife chamado Casas do Meio do Caminho (CMC).

Com relação às CMC, pouco ou nada se sabe sobre experiências similares, junto ao SUS. Inclusive, utilizei no marco referencial trechos da coleta de dados a fim de compor aspectos obscuros na construção da política de álcool e outras drogas como um todo, dando a este estudo um viés de registro histórico.

As experiências encontradas na literatura, que se assemelham ao modelo aqui pesquisado, em sua maioria remontam às décadas de 60 e 70, através de artigos e textos sobre as pensões protegidas, chamadas principalmente na Inglaterra, pelo nome Halfway House. (ROTHWELL; DONINGER, 1962; WAYNE, 1973). No entanto, eram em sua maioria espaços de tratamento para pessoas com transtornos mentais. No Brasil, as experiências aproximadas a este modelo referem-se às Comunidades Terapêuticas, com funções diferenciadas e sem direta associação ao SUS, ou seja, experiências advindas de alternativas da sociedade civil ou religiosa (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003)

---

<sup>3</sup> Consideramos esta população como excluída pelo estigma a que está submetida e a busca de controle e discriminação da sua forma de estar no mundo, ou seja, o uso das drogas (CARNEIRO, 2002; OLIVEINSTEIN, 1998).

Ainda que se trate de uma experiência local, as CMC são pouco conhecidas por profissionais, especialistas e usuários, mesmo em Recife. É possível que tal desconhecimento deva-se ao fato de ser um equipamento muito novo, tendo sido inaugurada a primeira unidade em 2004, estando em plena fase de implementação. Por este motivo escolhi a avaliação de processo como parte fundamental para a análise desta experiência (TANAKA, 2004).

Há uma idéia de que esse tipo de serviço, a partir das especificidades que apresenta em sua concepção, possa contribuir com o cuidado e a atenção aos usuários de álcool e outras drogas; deste modo, pergunta-se: qual a pertinência das Casas do Meio do Caminho para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas junto a Rede de Atenção à Saúde do Recife?

Parte-se da hipótese de que as Casas do Meio do Caminho são serviços que contribuem para a integralidade da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, tanto a partir de seus aspectos intra-institucionais, quanto na sua inserção como um serviço importante na composição da Rede de Atenção Integral aos Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas<sup>4</sup> de Recife.

Assim, este estudo tem como objetivo geral analisar a pertinência das Casas do Meio do Caminho como parte do modelo de atenção integral aos usuários de álcool, fumo e outras drogas em implementação na cidade de Recife.

Ao se avaliar a CMC, busca-se através dos objetivos específicos:

- a) apresentar os fundamentos teóricos que subsidiam a existência das CMC, bem como o modelo de atenção adotado pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade de Recife (SMS/PCR);
- b) refletir sobre a experiência da Prefeitura da Cidade do Recife (PCR), através da Secretaria Municipal de Saúde, para implantação e implementação das CMC;

---

<sup>4</sup> Os profissionais de saúde e a comunidade científica, de um modo geral, referem-se à Política Nacional para Usuários de Álcool e Outras Drogas. No entanto, a Secretaria de Saúde de Recife optou por acrescentar a palavra FUMO ao nomear sua política local. Para consensuar a terminologia, optamos por chamar serviços ou rede AD, incluindo uma ou outra forma de referência.

- c) identificar as relações existentes na Rede de Atenção Integral aos Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas na busca da integralidade;
- d) discutir as potencialidades e limites do modelo proposto.

Para dar conta destes objetivos, a dissertação foi dividida em sete capítulos, sendo este primeiro, o que introduz o tema.

O segundo, além de tratar do já referido processo histórico de construção da Política de Álcool e Outras Drogas passando pela Reforma Psiquiátrica, pontua o surgimento da Redução de Danos como um novo paradigma norteador desta política.

O terceiro aprofunda o olhar sob a experiência de Recife, a partir da criação das CMC e sua inserção na Rede de Atenção Integral aos Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas. Apresenta ainda considerações sobre a opção do município em estabelecer a convivência dos paradigmas da Redução de Danos e Ambiente Livre do Fumo junto aos serviços de AD, refletindo ainda o surgimento dos diversos tipos de serviços e como as CMC diferenciam-se destes, a exemplo das conhecidas Comunidades Terapêuticas<sup>5</sup>.

O quarto capítulo reflete sobre a conceitualização do princípio da integralidade, em suas diversas possibilidades de sentidos e significados, além de apontar seu caráter teleológico<sup>6</sup> considerando ainda o referencial teórico proposto por Cecílio (2006) com a integralidade micro ou focal, e, a integralidade macro ou ampla; que servirão como ponto de partida para avaliar a experiência de Recife na criação e implementação das Casas do Meio do Caminho. É justamente aportando na concepção trazida por Cecílio que refletiremos sobre o objeto.

O quinto capítulo traz as concepções teórico-metodológicas que guiaram a realização do estudo, desde a coleta de dados à sua análise, descrevendo ainda a

---

<sup>5</sup> Não encontramos outras experiências no Brasil como as CMC que foram criadas em Recife. No entanto, é importante diferenciar as CMC das conhecidas Comunidades Terapêuticas ou das Fazendas de Tratamento. Estas últimas possuem, em sua maioria, um forte apelo religioso e o caráter filantrópico (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2003).

<sup>6</sup> Segundo o Houaiss: Teleológico “que relaciona um fato com sua causa final (diz-se de argumento, explicação ou conhecimento)” (HOUAISS, 2001, p. 2687).




área do estudo, os sujeitos, os aspectos éticos envolvidos e a reflexão da minha participação direta como pesquisadora.

No sexto capítulo, os resultados e a discussão dialogam com os dados coletados e a literatura pesquisada. Assim, busquei entrevistar os sujeitos de forma a construir a análise acerca do objeto de estudo.

No último capítulo, apresentamos as conclusões e as recomendações que se basearam diretamente na escuta compromissada das sugestões trazidas pelos sujeitos entrevistados e no aprendizado obtido junto às experiências advindas das CMC.

Este estudo, sem nenhuma pretensão de que o tema se esgote, pretende contribuir para a reflexão acerca dos serviços de saúde oferecidos aos usuários de álcool, fumo e outras drogas em Recife, de forma a inspirar a implantação, implementação e avaliação desses ou outros serviços que porventura possam surgir, na busca da desejada atenção integral.

**N**AS RAIAS DA LOUCURA:  
DO PULO DA JANELA AO  
MERGULHO NA LUA



## 2 NAS RAIAS DA LOUCURA: DO PULO DA JANELA AO MERGULHO NA LUA

- No meio do caminho tinha uma pedra...  
... de crack!
- No meio do caminho tinha uma casa...  
... de proteção! (informação verbal)<sup>7</sup>

Esta “epígrafe” é uma livre adaptação do poema “No Meio do Caminho” de Carlos Drummond de Andrade advinda de uma fala de um usuário que estava albergado para tratamento de dependência com o álcool em uma das Casas do Meio do Caminho<sup>8</sup> (CMC) existentes em Recife. Num momento de reflexão, o usuário identificou-se com a leitura que fazia referindo à sua própria experiência com o uso da droga e sua busca pelo tratamento neste serviço.

### 2.1 Do descaso a um novo olhar: a construção da Política Nacional para Usuários de Álcool e Outras Drogas como conquista da Reforma Psiquiátrica

Apesar de parecer repetitivo para alguns, visto que muitos já conhecem a história da reforma psiquiátrica brasileira, é necessário pinçar alguns pontos relevantes nesse processo a fim de estabelecermos uma linha de pensamento contextualizada na história da loucura no Brasil.

Em diversos momentos da história da humanidade, os considerados loucos, os desagregados, marginalizados, os diferentes, os denominados alcoólatras, drogaditos, “hereges”, demoníacos, eram presos e segregados do convívio social (AMARANTE, 1995; GONDIM, 2001).

Também no Brasil, essa foi uma realidade imposta pela “nova ordem social” que

---

<sup>7</sup> Usuário de álcool albergado para tratamento.

<sup>8</sup> Segundo o Programa Terapêutico das CMC estas são “um dispositivo psicossocial, voltado às pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade na exposição aos riscos do uso prejudicial de álcool, fumo e outras drogas e que precisam de um tratamento integral, protegido, sob regime de internação, por um período aproximado de 30 dias, variando em função da avaliação técnica e do projeto terapêutico individual. Seu objetivo principal é o de conscientizar os usuários sobre a dependência, sobre as possibilidades de redução de danos e riscos decorrentes do consumo prejudicial, visando à melhoria da qualidade de vida e o protagonismo (RECIFE, 2007b). Abordaremos mais especificamente sobre este serviço no capítulo 3.

tornaria as instituições carcerárias e asilares como centros do sistema de “tratamento” em saúde mental (BIRMAN, 1992).

Tanto na Europa como no Brasil, os manicômios chegaram e se instalaram antes da Psiquiatria, de modo que os loucos que habitavam, por exemplo, a cidade do Rio de Janeiro, não recebiam nenhum tipo de assistência médica. Ao perambularem pelas ruas, juntamente com os “desocupados”, os “ladrões” e os “drogados”, eram excluídos, presos e confinados, quando muito recebiam algum tipo de atenção nos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia (COSTA, 1981).

Este autor afirma que a partir de 1830, médicos higienistas solicitaram ao imperador a criação de um hospício para os alienados e em 1841 foi fundado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro: o Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro. Este passou depois a chamar-se Hospital Nacional dos Alienados, com a instauração da República, passando a “loucura” a ser tutela do Estado, visto que os “alienados” eram tidos como incapazes e perigosos (COSTA, 1981).

Segundo Kinoshita (1990), na década de 30, foram criadas leis produzidas num conseqüente seguimento à ideologia fascista e eugênica, numa época na qual buscava-se a purificação da “raça brasileira”. A “doença mental” era então considerada uma “degenerescência moral”. Igualmente a este contexto, os usuários de AD também eram enquadrados e submetidos a esta mesma “ordem social” (CARNEIRO, 2002).

Com a Segunda Guerra Mundial e suas terríveis experiências, como o nazismo e a bomba atômica, as relações político-econômicas e sociais fizeram com que a humanidade mudasse seu olhar para com o mundo, incluindo aí a assistência psiquiátrica (DELGADO, 2005).

Além dos relatos assombrados daqueles que voltavam dos campos de concentração, que faziam com que a sociedade repudiasse qualquer desrespeito aos direitos humanos; também havia, como outro cenário posto, a carência de mão de obra gerada pela guerra, o que impulsionou um esforço de recuperação desses

sujeitos que até então eram marginalizados pela economia e sistema produtivo vigente na época (AMARANTE, 1995).

Começaram a surgir em vários lugares, experiências e tentativas de mudança na assistência dada pelos hospitais psiquiátricos. Em Pernambuco, em 1931, o médico psiquiatra e psicólogo “mesmo antes da regulamentação da profissão” (MEDEIROS, 2001), realiza a reforma da Assistência a Psicopatas de Pernambuco, colocando em prática uma de suas maiores contribuições para o campo da psiquiatria. E a partir desta reforma, o Hospital dos Alienados da Tamarineira<sup>9</sup> ficaria com o tratamento através da internação, apenas com os quadros agudos. Paulatinamente transformou o hospital, com seus calabouços e camisas de força, num local de tratamento (LASCIO, 1945; FREYRE apud MELO, 1999).

Amarante (1995, p. 165) diz que “[...] a denúncia da realidade dos hospitais psiquiátricos tornou possível verificar sua função mais custodial que assistencial, mais iatrogênica que terapêutica, mais alienadora que libertadora [...]”, possibilitando que a análise crítica da instituição tradicional se desse de maneira irreversível na busca de uma Reforma que contemplasse o anseio de mudança do quadro existente.

Destas experiências destacam-se a “Psicoterapia Institucional”, que surgiu na França com Tosquelles, com o objetivo de restaurar o aspecto terapêutico do hospital psiquiátrico, e a “Psiquiatria de Setor”, também uma experiência francesa, que buscava encontrar uma alternativa entre a doença e a instituição psiquiátrica aproximando-se da população a fim de evitar o isolamento (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

Observa-se a “Psiquiatria Comunitária ou Preventiva”, que buscava a prevenção da doença mental, e a “Antipsiquiatria”, que propôs o modelo de Comunidade Terapêutica, como possível espaço de convívio social com a loucura. Ainda, a

---

<sup>9</sup> Segundo Melo (2001) depois de Ulysses Pernambucano, a assistência psiquiátrica retomou como centro de suas ações a internação. O antigo Hospício da Tamarineira, como era conhecido, atualmente chama-se Hospital Ulysses Pernambucano.

“Psiquiatria Democrática Italiana”, sob a influência de Franco Basaglia<sup>10</sup>, que propunha uma tentativa de recuperação da complexidade da loucura. Compreendida como algo que diz respeito ao homem, à sociedade, à família, e a imensa complexidade da loucura impedia que, sozinha, a psiquiatria desse conta dela (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

Paulatinamente, sob o impulso da Organização Mundial de Saúde (OMS), as políticas públicas de saúde mental, em quase todo o mundo, foram se voltando cada vez mais ao desenvolvimento dos serviços mais próximos à comunidade (BARRIO, 2004). Mas os caminhos na busca de uma política de atenção, que de fato considerasse os anseios e necessidades das pessoas que sofriam de transtornos psíquicos, e, conseqüentemente, das pessoas que tinham problemas decorrentes do uso abusivo de drogas precisaram ser trilhados passo a passo.

Assim, o movimento brasileiro denominado Reforma Psiquiátrica, teve suas origens nas mudanças organizacionais, políticas, econômicas e culturais do mundo ocidental, mais fortemente desencadeado na Europa (ROTELLI; AMARANTE, 1992). De modo que nos anos 60, o debate no Brasil sobre a necessidade de mudanças na assistência e a incorporação das propostas advindas da Europa, começa a ser desenvolvido, entre elas, a expansão de serviços intermediários e as comunidades terapêuticas, com o intuito de humanização dos hospitais (BORGES; BAPTISTA, 2008).

Ainda observando o processo reformador desencadeado na Europa, chama à atenção a questão pontuada por Vasconcelos (1992), de que, apesar de ser utilizada em todos os discursos reformadores, havia significados diferentes para o uso do termo desinstitucionalização<sup>11</sup>. Este podia trazer tanto o significado de abolição das instituições e um conseqüente maior controle social, quanto à racionalização financeira, bem como uma restrita redução de leitos. Vê-se que nos Estados Unidos

---

<sup>10</sup> “Franco Basaglia era médico e psiquiatra, e foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiana conhecida como Psiquiatria Democrática. Nasceu no ano de 1924 em Veneza, Itália, e faleceu em 1980 (INSTITUTO FRANCO BASAGLIA, 2006).

<sup>11</sup> O termo desinstitucionalização pode ser compreendido como um processo de “retirada” de pessoas com longo histórico de internação psiquiátrica, sobretudo através da redução de leitos nos hospitais psiquiátricos em todo o país e a expansão de serviços substitutivos a estes (DESISTITUCIONALIZAÇÃO, 2007).

da América, funcionou apenas como desospitalização<sup>12</sup>, no sentido restrito de fechamento dos leitos, produzindo demasiado abandono de pacientes psiquiátricos pelas ruas. Já na Reforma Italiana, o processo se deu sob outro prisma, pois foi além da simples transformação técnico-assistencial das instituições psiquiátricas.

O processo reformador italiano buscou a desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas até então instituídas. Com Basaglia, e sua experiência na década de 60, na implantação do Hospital Provincial de Gorizia, apresentado como uma proposta de Comunidade Terapêutica houve uma notória melhoria na assistência aos doentes mentais. Dessa experiência, paulatinamente, um pensamento crítico sobre a instituição psiquiátrica clássica e sua necessidade de reforma foi sendo constituído (AMARANTE, 1995).

Em suas incursões e estudos sobre o tema, Basaglia (2001) conclui que os manicômios não “morreriam” por si sós, seria preciso uma superação maior que apenas a construção de uma rede extra-hospitalar. É assim que em 1971 comanda na Itália uma verdadeira demolição do aparato manicomial e inicia um processo de construção de novas possibilidades de entendimento, compreensão e tratamento para a loucura.

Inclusive, Basaglia (2001) irá sugerir colocar o conceito de doença entre aspas, pois assim, visava colocar o sujeito em foco e não apenas seu diagnóstico. Passo a passo, o movimento da Psiquiatria Democrática foi sendo constituído.

Surgindo em meio ao clima de efervescência que dominava o país durante o período da ditadura militar e influenciado por esta nova concepção trazida, começa o movimento que se convencionou chamar Reforma Psiquiátrica. Assim a partir de 1978, este também passou a ser a substituição progressiva das estruturas carcerárias, asilares e hospitalocêntricas, por equipamentos que buscassem a inclusão social. Neste contexto, vários movimentos sociais, comunitários, de profissionais da saúde, começaram a questionar “as más condições de trabalho e de

---

<sup>12</sup> Não foram encontrados significados conceituais únicos para o termo desospitalização, no entanto parece haver um consenso de que desospitalizar é além de fechar e reduzir leitos, deixar de tratar os portadores de transtornos psíquicos em espaços de exclusão e violência (AMARANTE, 1995; WITIUK; SILVA, 2008).

tratamento, e a privatização da assistência psiquiátrica, marcando sua entrada no aparelho público” (BORGES; BAPTISTA, 2008), denunciando e exigindo uma nova postura diante da “doença mental” (AMARANTE, 1996).

Vários movimentos, entre eles a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o Movimento de Renovação Médica, Rede de Alternativas à Psiquiatria, entre outros; começam a introduzir em suas agendas a estratégia da desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas. Essa estratégia visava trazer ao debate a cidadania e os direitos humanos do doente e conseqüentemente um tratamento digno e verdadeiro (AMARANTE, 1995).

A década de 80 foi um período de suma importância para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, pois foi marcado pela oposição ao regime militar e posterior vitória eleitoral, na qual muitos cargos governamentais começaram a ser assumidos por lideranças do MTSM (DELGADO, 2005). Nesse período, em Pernambuco, Luiz Cerqueira reclamava da psiquiatria centrada na hospitalização (CERQUEIRA, 1984 apud MELO, 1999). Em 1986, o movimento sanitarista realiza a 8ª Conferência Nacional de Saúde e como desdobramento desse processo, em 1987, realiza-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental<sup>13</sup> (BRASIL, 1998).

Nasce em 1987, o até hoje denominado Movimento da Luta Antimanicomial, em Bauru – SP, no qual a partir do II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, buscou-se através do lema “Por uma sociedade sem manicômios” aproximar-se como movimento social da luta pela Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 1985).

Com os princípios da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1988, tornando-se direitos constitucionais, a universalidade, a equidade, a integralidade e o controle social passaram à compreensão de que saúde não se restringe à ausência de doenças. Seguindo-se ao que logo culminaria com a criação do SUS, a saúde passa

---

<sup>13</sup> Importante destacar que no Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em **todo** seu texto, há apenas o seguinte registro sobre a questão AD: “As neuroses em geral, as chamadas doenças psicossomáticas, as psicoses secundárias [...], as toxicodependências (incluindo alcoolismo e tabagismo) e as oligofrenias [...], são formas de doenças que variam notavelmente conforme a estrutura social vigente (BRASIL, 1988)”.



a ser compreendida e determinada pela forma de inserção das pessoas na sociedade, no acesso aos bens e serviços, e as demais políticas vistas como fundamentais para sua garantia (PAIM, 2003).

Em 1989 a Reforma Psiquiátrica brasileira ganha força com uma iniciativa local – a criação do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial após o fechamento do hospital privado Casa de Saúde Anchieta, SP, em protesto às terríveis condições em que eram mantidos os internos (AMARANTE, 1995). Em âmbito nacional, a busca pela desinstitucionalização leva o Governo Federal a criar, em 1991, uma série de dispositivos sanitários, estabelecendo a normatização, organização e o financiamento destes novos serviços de Saúde Mental (BRASIL, 2005a).

Ainda no ano de 1989, o Deputado Paulo Delgado (PT/MG), dava entrada no Congresso Nacional, num projeto de lei que tramitaria doze anos até a sanção da respectiva Lei Federal nº10.216/01 que, mesmo não sendo aprovada com seu texto original, impulsionou a reforma no sentido de privilegiar os serviços de base comunitária, além de dispor sobre os direitos dos portadores de transtorno mental (BRASIL, 2005a).

A partir desse instrumento normativo, a política pública começa a reconhecer diversas experiências que vinham sendo desenvolvidas pontualmente por ações de governos locais, da iniciativa privada e mesmo as de caráter religioso e filantrópico (BRASIL, 2005a).

Para a melhor compreensão dos modelos e abordagens existentes para o cuidado das pessoas que sofrem de transtornos psíquicos descrevem-se os serviços, que são os Hospitais Dia, as Comunidades Terapêuticas, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços de Residências Terapêuticas (SRT) e ainda o Programa de Volta pra Casa:

- a) Os Hospitais Dia são unidades de saúde vinculados a uma unidade hospitalar e não possuem o caráter territorial ou de base comunitária (BRASIL, 2006b);

- b) Os NAPS surgiram sob forte influência da experiência da cidade de Trieste, na Itália. O primeiro NAPS inaugurado no Brasil data de 1989. O NAPS se organiza como um serviço de atenção diária, no qual o usuário tem a possibilidade de encontrar atenção sem estar internado (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003);
- c) Já o CAPS, também como os NAPS, “se organizam como unidades regionalizadas, que trabalham com o modelo de Reabilitação Psicossocial, com oficinas e atividades em grupo, desvinculadas do espaço hospitalar e que podem funcionar em regime integral ou parcial” (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003, p. 44);
- d) As Comunidades Terapêuticas baseiam-se na democracia das relações, onde todos os participantes têm uma função terapêutica, havendo a busca da reaprendizagem social (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003);
- e) Os SRT também são conhecidos como “Lares Abrigados”, tentam responder a necessidade dos usuários de possuírem suas próprias casas, sendo esta considerada uma ação fundamental no processo de resgate da cidadania (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003);
- f) O Programa de Volta pra Casa foi criado pelo Ministério da Saúde, que o conceitua como: “um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, segundo critérios definidos na Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial” (BRASIL, 2003b, p. 1).

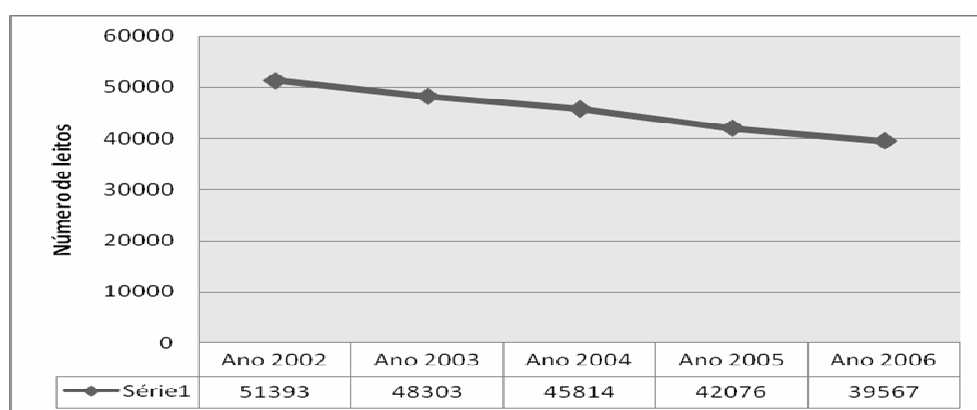
Outro serviço a ser observado são os Centros de Convivência e Cultura (CCC)<sup>14</sup>. Entre os anos de 2003 e 2006, o Ministério da Saúde realizou uma avaliação sobre os CCC nas redes de atenção à saúde mental das cidades onde estes se desenvolvem. Foi visto que a concentração destes está nas cidades de São Paulo,

---

<sup>14</sup> Centros de Convivência e Cultura: “podem ou não estar vinculados a um serviço de atenção diária e se constituem em espaços de troca de experiência, de convívio social e de aprendizado, buscando facilitar o desenvolvimento de aptidões sociais dos seus usuários” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2003, p. 44).

Belo Horizonte e Curitiba e ainda estão voltados para a atenção às pessoas com transtornos mentais, não havendo registros específicos quanto à presença de usuários de drogas nestes espaços (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETARIOS DE SAÚDE, 2006).

Todas essas ações conjuntas trouxeram uma redução do número de leitos psiquiátricos nos últimos quatro anos, que pode ser visualizada na curva descendente ilustrada no gráfico a seguir. Segundo o Ministério da Saúde, 11.826 leitos foram reduzidos e atualmente 226 hospitais ainda são mantidos, totalizando o número de 39.567 leitos (BRASIL, 2007a).



**Gráfico 1** – Leitos Psiquiátricos SUS por ano (dez. 2002 – dez. 2006).

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenações Estaduais (apud BRASIL, 2006a, p. 11).

Assim, discutir as políticas de saúde mental, sejam as destinadas aos portadores de transtornos psíquicos ou às pessoas que usam drogas, é uma recente conquista que se deu a partir da chamada Reforma Psiquiátrica brasileira (BORGES; BAPTISTA, 2008).

Por também estar inserida nesse processo histórico relatado, seja no âmbito da loucura ou da marginalidade, e também por ser classificada como “doença mental”, a toxicomania ou dependência química, passou pelas mesmas intervenções que marcaram a Reforma Psiquiátrica no Brasil (MORAES, 2005). No entanto observa-se que sem a mesma velocidade e incremento ocorrida na substituição do modelo asilar junto aos transtornos mentais.

No decorrer do tempo, vê-se o paulatino surgimento e crescimento de serviços específicos de atenção à saúde destinados ao público usuário de AD, entre os quais estão os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas (CAPSad), e os Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e outras Drogas (SHRad), também denominados de Unidades de Desintoxicação (UD).

Segundo a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003a), os CAPSad devem oferecer um projeto terapêutico individualizado, que contemple as necessidades específicas de cada um, sem perder a visão da comunidade. Devem propiciar ainda a atenção ambulatorial diária que contemple desde o atendimento individual, seja medicamentoso, psicoterápico ou de orientação, até os atendimentos em grupo, tais como as oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Este deve manter-se como o ordenador e regulador da atenção, mesmo considerando a atenção básica como uma porta de entrada necessária e importante para o sistema de saúde mental.

Os Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e outras Drogas (SHRad) ou Unidades de Desintoxicação (UD), funcionam nos Hospitais Gerais para municípios acima de 200.000 habitantes. Segundo o Ministério da Saúde, estas unidades chegaram à fase final de regulamentação com a Portaria GM/MS Nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Os principais objetivos dos SHRad são o atendimento de casos de urgência/emergência relacionados a álcool e outras drogas, como é o caso da síndrome de abstinência alcoólica e overdose, e a redução de internações de alcoolistas e dependentes de outras drogas em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2007a).

Ainda segundo o Ministério da Saúde, a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas necessita de uma rede que articule os CAPSad e os leitos para internação em hospitais gerais, principalmente para desintoxicação. Estes serviços devem trabalhar com a lógica da redução de danos como eixo central do atendimento aos usuários/dependentes de álcool e outras drogas. Ou seja, o tratamento deve estar pautado na realidade de cada caso, o que não quer dizer abstinência como meta final para todos os usuários (BRASIL, 2003a).

A priori, a Redução de Danos (RD) constitui um conjunto de medidas de saúde pública voltadas a minimizar as conseqüências adversas do uso de drogas. O princípio fundamental que orienta a RD é o respeito à liberdade de escolha, “à medida que os estudos e a experiência dos serviços demonstram que muitos usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas e, mesmo esses, precisam ter o risco de infecção pelo HIV e hepatites minimizados” (BRASIL, 2001, p. 11).

Também como alternativa de tratamento apresentam-se as Comunidades Terapêuticas (CT), que atualmente possuem inscrição como Órgão de Utilidade Pública com leis específicas para apoio ao seu funcionamento (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2001).

Elena Goti (1997) lembra que a CT não se destina a todo tipo de dependente, diz que ela deve ser aceita voluntariamente e que o residente é o principal ator de sua cura, ficando a equipe com o papel de proporcionar apoio e ajuda. Sabe-se que essa idéia por vezes não é seguida, visto que diversas CT aceitam usuários submetidos a tratamentos em substituição à pena judicial.

Os que defendem o modelo da CT afirmam que os resultados alcançados são excelentes, acreditam em cerca de 90% de recuperação quando há o rigor no processo:

[...] um novo membro é instruído quanto às leis, normas, tradições e atividades comunitárias. Ele também é estimulado a ser honesto, a rever seus valores, a não se isolar e a agir “como se”, o que no jargão da CT, implica iniciar um processo de revisão de valores do passado (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003, p. 197).

Em pesquisa realizada sobre o perfil das CT pelo Ministério da Saúde em setembro de 2004, viu-se que do total de comunidades pesquisadas, ou seja, das 339 comunidades terapêuticas do país que faziam internação integral para usuários de álcool e outras drogas, 55% encontravam-se na região Sudeste, e cerca de 30% no Sul; as demais regiões do país concentram apenas 15% das instituições deste tipo. A maioria absoluta das comunidades (73%) foi implantada a partir da década de 1990 e atendem, principalmente, à clientela masculina (77%). As modalidades de

tratamento oferecido são várias: medicamentoso, psicoterápico, educacional, de ajuda mútua e outros. A orientação religiosa, como componente do tratamento, estava presente em 93% dessas comunidades (BRASIL, 2004a).

Os demais espaços existentes na sociedade, tais como Narcóticos Anônimos (NA), Alcoólicos Anônimos (AA), Grupo Nicotina Anônimos (GNA), Desafio Jovem, Grupo Tô Limpo, Sarah Vida, recebem atualmente o reconhecimento da rede de saúde por serem dispositivos inseridos na comunidade que desempenham papel importante alternativo ou complementar ao SUS (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

São espaços filantrópicos e de voluntariado que funcionam como grupos de auto-ajuda e adota a prática do testemunho, do exemplo e da história de vida bem sucedida, como base para o tratamento. Frases como “24 horas sem beber”, “cada dia é um novo dia”, “só por hoje não beberei” são utilizadas como reforço do tratamento. São espaços que hoje, cada vez mais, são articulados com os CAPS ad na busca de maior integração e construção de uma rede de proteção ao usuário, oferecendo modelos distintos de atuação quanto ao tratamento e cuidado a esse público (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

Observando-se esse rol de serviços existentes para a atenção e cuidado aos usuários de drogas, vale refletir sobre a convivência de tão distintos paradigmas: o religioso, o medicamentoso, o da repressão e combate às drogas, o da busca da autonomia do sujeito. De um lado, modelos que buscam a abstinência como única saída para o tratamento, de outro, os que buscam minimizar os danos sem necessariamente interromper o uso da droga. Ainda a filantropia, o voluntariado, as clínicas particulares, a internação compulsória e a justiça terapêutica.

Nesse emaranhado de possibilidades, há que se destacar a ação estatal como política pública, visto que as maiorias dos serviços existentes para tratamento decorrentes do uso de drogas, no Brasil, são da rede pública de saúde (MORAES, 2006).

Percebe-se então o avanço nacional no sentido de ampliar a abordagem que se restringia ao combate ao uso de drogas, entendida como uma ação contraproducente, pois se dava ênfase à repressão e deixava-se de abordar a prevenção de forma mais abrangente (BUCHER, 1992).

Cabe ainda a reflexão sobre o fato de que talvez o conceito médico mais controverso existente seja o de “dependência” de drogas. De modo que a construção sobre a “doença do vício” passará por diversas conceitualizações e confluirá num modelo que se cristaliza na toxicomania (CARNEIRO, 2002).

Por este motivo, a necessidade do reconhecimento dos diferentes tipos de usuários de drogas e dos chamados dependentes químicos, os quais, por possuírem características e necessidades diferentes, requerem diferentes equipamentos de saúde que possibilitem estratégias de múltiplos programas de prevenção, promoção, educação, tratamento e reabilitação, não como concorrentes, mas sim complementares na busca da desejada atenção integral (ALVES; GULJOR, 2006).

Deste modo, e segundo as palavras do então Ministro da Saúde Humberto Costa, assumindo o “atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS” (BRASIL, 2003a, p.6); o Ministério da Saúde, em 2003 apresentou as diretrizes que subsidiariam as ações governamentais e a construção coletiva de uma política que transpusesse o descaso para um novo olhar de cuidado e atenção aos usuários de drogas e dependentes químicos. Neste documento, em sua apresentação, lê-se que:

O texto da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou, de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde; garante aos usuários de 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 à assistência, bem como à sua integralidade; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população (BRASIL, 2003a, p. 6).

Ainda a ênfase na reabilitação e na reinserção dos usuários é lembrada como uma necessidade imperativa de estruturação e fortalecimento da rede de atenção. Também a abordagem da Redução de Danos (RD) é colocada na Política como um

caminho possível que não exclui outros, mas que reconhece as singularidades dos sujeitos e busca com estes a co-responsabilidade pela defesa de suas vidas. (BRASIL, 2003a).

Além da história do surgimento dos espaços para tratamento e atenção aos usuários de drogas, é importante um olhar especial à questão da inserção desta estratégia, e logo depois da Política de Redução de Danos.

Tal mergulho é necessário para a compreensão de como a Redução de Danos entra na Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas no Brasil, bem como, na opção municipal de Recife em destacar essa Política através do Programa Mais Vida como uma de suas bandeiras de gestão<sup>15</sup> (RECIFE, 2005a).

Como movimento nascido na Europa, numa sucessão de eventos, experiências e ações, a Redução de Danos (RD), foi se ampliando e atingindo quase todo o mundo (SIQUEIRA, 2006).

Em 1926, na Inglaterra, se construiu o que se considera a primeira iniciativa de RD. O médico Sir Rolleston passou a prescrever opiáceos aos moradores de rua e que por este motivo passaram a buscar o sistema de saúde (SIQUEIRA, 2006).

O 20º Relatório do Comitê de Especialistas da Organização Mundial de Saúde (OMS) colocava que o principal objetivo no campo das drogas deveria ser “prevenir ou reduzir a incidência e a severidade dos problemas associados com o uso não médico de drogas”; considerando ainda que este é um objetivo ainda mais amplo que apenas prevenir ou reduzir as drogas per se (REDE PERNAMBUCANA DE REDUÇÃO DE DANOS, 2001).

Num momento em que a AIDS estava se propagando numa velocidade intensa em todo o mundo, na Holanda, na década de 80, usuários de drogas se organizavam

---

<sup>15</sup> Como bandeiras ou marcas da gestão na busca da consolidação do modelo de atenção à saúde proposto pelo município nesta gestão, lê-se: Saúde Mental; Programa de Saúde Ambiental; Academia da Cidade; Serviço Ambulatorial Médico de Urgência (SAMU); Expansão do Programa de Saúde da Família e Atenção Especializada; Controle Social e Gestão Participativa. Como prioridades a fim de obtenção de impacto junto aos indicadores de saúde, destaca-se alcoolismo e outras drogas (CABRAL et al., 2005, p. 37 - 38).



pedindo políticas mais tolerantes no que tange ao consumo de drogas. Surgem as primeiras experiências de implantação de programas de trocas de seringa sob a ótica da RD. Alguns autores pontuam que estas experiências nasceram inicialmente junto aos portadores de hepatites, mas apenas com o advento da AIDS, tais programas se proliferaram e se tornaram conhecidos (SIQUEIRA, 2006).

No Brasil, o primeiro Programa de Redução de Danos (PRD) se deu na cidade de Santos, SP, no ano de 1989. Também como uma experiência marcadamente advinda da necessidade de se adotar novas medidas para a prevenção da AIDS (BASTOS et al., 1999). Houve no período, a interrupção desse processo via judicial, pelo não entendimento naquele momento da importância de tal estratégia.

Em 1994, o Ministério da Saúde, começa o incentivo aos PRD e experiências bem sucedidas vão acontecendo em Salvador – BA e logo em outras cidades do país. Em 1997 o movimento social se organiza mais em torno da questão e é fundada a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA) e diversas outras redes<sup>16</sup> e associações estaduais de redutores de danos. Também neste ano, em São Paulo, faz-se a primeira Lei de Redução de Danos do país de autoria do Deputado Paulo Teixeira<sup>17</sup>.

Até então a RD não possuía respaldo legal, podendo inclusive ser confundida com uma tolerância demasiada ou como apologia ao uso. Com a necessidade de deter o avanço das doenças contagiosas, como a hepatite e a AIDS, estas estratégias foram ganhando espaço e hoje são consideradas ferramentas de maior relevância para a melhoria da qualidade de vida da população usuária de drogas (DONEDA; GANDOLFI, 2006).

Ao se reconhecer que o consumo de drogas não pode ser completamente abolido, diversos profissionais de saúde, militantes da descriminalização dos usuários de drogas, entre outros, juntaram-se a este movimento e diversas ações e atividades científicas foram sendo fomentadas.

---

<sup>16</sup> Existem hoje no Brasil diversas redes e associações atuantes no movimento social, voltadas à discussão da garantia dos direitos dos usuários de drogas (MORAES, 2007).

<sup>17</sup> Na época o Deputado Paulo Teixeira era do Partido dos Trabalhadores, pelo Estado de São Paulo.

Em Recife, no ano 2000, realiza-se o Seminário Itinerante sobre Drogas e Comportamento de Risco, com a presença de especialistas locais e mundiais em RD. Então, aproveita-se o espaço científico e é fundada a Rede Pernambucana de Redução de Danos, uma das cinco primeiras estaduais do país. Depois, em 2001, é elaborado o Documento Marco da RD em Pernambuco, com a participação de cerca de 30 entidades e organizações entre órgãos públicos e organizações não governamentais (MORAES, 2007).

Em 2002, o Ministério da Saúde institui a Portaria n.º 336/GM que estabelece o funcionamento dos CAPSad, na perspectiva da Redução de Danos (BRASIL, 2002). No mesmo ano é realizado o I Seminário Nacional sobre Álcool e Redução de Danos no Recife. E também seguindo a ebulição dos eventos e ações realizadas até então, é fundada a primeira associação de usuários de álcool e outras drogas do país: a Se Liga - Associação de Usuários de Álcool e Outras Drogas de Pernambuco (MORAES, 2007).

Em 2003 é lançado o documento oficial da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral à Saúde de Usuários de Álcool e Outras Drogas, no qual se preconiza a RD como princípio norteador de ações nesta área (BRASIL, 2003a). A Portaria Nº 2.197 de 2004, é que vai redefinir e ampliar a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, adotando definitivamente a abordagem da redução de danos no âmbito do SUS no Brasil todo (BRASIL, 2004c).

Em Recife, também em 2004, há a consolidação e ampliação do Programa Mais Vida, que servirá como referência e organização de rede para todo o país (MORAES, 2007). Programa Mais Vida é o nome local dado a Política Municipal de Redução de Danos (CAMPOS; RAMEH-ALBUQUERQUE; ALMEIDA, 2006).

No dia 27 de outubro de 2005, o Gabinete de Segurança Institucional e o Conselho Nacional Antidrogas, aprovou a Política Nacional Sobre Drogas a partir da Resolução Nº3/GSIPR/CH/CONAD. Esta resolução veio no sentido de “realinhar a Política Nacional Antidrogas até então vigente” (BRASIL, 2005c). Interessante observar que entre suas diretrizes encontra-se um ponto destinado exclusivamente à Redução de Danos Sociais e à Saúde, fato novo, visto tratar-se da Secretaria

Nacional Antidrogas (SENAD), uma secretaria que tradicionalmente é voltada para a redução da demanda e da oferta. A orientação geral diz que:

A promoção de estratégias e ações de redução de danos, voltadas para a saúde pública e direitos humanos, deve ser realizada de forma articulada inter e intra-setorial, visando à redução dos riscos, as conseqüências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade (BRASIL, 2005c).

Outro importante passo dado no sentido de garantir a Redução de Danos no âmbito do SUS se deu na cidade de Santo André – SP, onde foi realizado o 1º Encontro Nacional de Redução de Danos no SUS, em junho de 2006. Em pleno clima de Copa do Mundo, cerca de 200 profissionais da saúde reuniram-se para discutir a inserção da Política de RD nos CAPSad e serviços de saúde existentes destinados ao trabalho com usuários de drogas (MORAES, 2007).

Em setembro de 2007, é realizado o Seminário Nacional sobre a Articulação das Ações de Redução de Danos no Âmbito do SUS. Foi coordenado pelas Secretarias de Vigilância a Saúde e de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde, com a participação de representantes de vários setores e secretarias do governo federal e das redes e movimentos sociais que desenvolvem trabalhos na perspectiva da RD. Esse seminário deu origem à primeira versão do “Plano Nacional de RD no SUS” concebido para os próximos três anos, o qual passará por consulta pública antes de ser implementado (SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE A ARTICULAÇÃO DAS AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS NO ÂMBITO DO SUS, 2007).

Outro aspecto importante a abordar é a questão legislativa. Respondendo a um longo processo de embate democrático, recentemente foi sancionada a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, em substituição às anteriores 6.368/76 e 10.409/02, as quais definiam os princípios e diretrizes das ações de prevenção e tratamento da dependência de álcool e outras drogas, além de conceituar crimes e penas relativos ao uso e tráfico de drogas (BRASIL, 2006c).

A atual lei “prescreve as medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de drogas; estabelece normas para a repressão à produção não

autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências” (BRASIL, 2006c).

O grande avanço desta lei está na reafirmação das penas substitutivas de prestação de serviços comunitários e no impedimento de tratamento criminal ao usuário de drogas. No entanto KARAN (2006) adverte que, contrariamente a esta divulgação, a nova lei não traz nenhum avanço quanto ao consumo de drogas:

Ela mantém a criminalização da posse para uso pessoal das drogas qualificadas de ilícitas, apenas afastando a imposição de pena privativa de liberdade, prevendo, em seu artigo 28, as penas de advertência, prestação de serviços à comunidade, comparecimento a programa ou curso educativo e, em caso de descumprimento, admoestação e multa. Isto, na realidade, não constitui nenhuma mudança significativa, na medida em que, dada a pena máxima de detenção de dois anos prevista na Lei 6.368/76, a indevidamente criminalizada posse para uso pessoal já se enquadrava na definição de infração penal de menor potencial ofensivo (KARAN, 2006).

Segundo Karan (2006), além de manter a criminalização da posse para uso pessoal das drogas que são consideradas ilícitas, a nova lei continua repetindo a violação a princípios e normas que constam na Declaração Universal dos Direitos Humanos e nas constituições democráticas, entre estas, a brasileira. E continua:

[...] o indivíduo pode ser e fazer o que bem quiser, enquanto não atinja concreta, direta e imediatamente direitos de terceiros. A simples posse para uso pessoal das drogas, qualificadas de ilícitas, ou seu consumo em circunstâncias que não envolvam um perigo concreto, direto e imediato para terceiros, são condutas que dizem respeito unicamente ao indivíduo, à sua intimidade e às suas opções pessoais, não estando o Estado autorizado a intervir sobre tais condutas, ainda mais através da imposição de uma sanção, qualquer que seja sua natureza ou sua dimensão. Uma lei que repete violações a princípios e normas constantes das declarações universais de direitos e das constituições democráticas jamais poderá ser considerada um avanço (KARAN, 2006).

Assim, o aspecto mais destacado ainda é a exclusão da pena de prisão para o usuário de drogas. Deste modo, o Ministério da Saúde compreende que a lei aproxima o uso pessoal de drogas de uma questão de saúde pública afastando-a do âmbito policial (BRASIL, 2006c).

No entanto, para o movimento social que atua nesta área, a nova lei contemplou os avanços possíveis, mas não os ainda necessários (MORAES, 2007). Entre estes destacam-se os desafios da “convivência de paradigmas distintos no estado

brasileiro (RD X abstinência/ guerra às drogas), refletindo na ação prática dos redutores de danos e na qualidade de atenção às pessoas que usam álcool e outras drogas” e ainda o fato de “apesar das ações de RD constarem na Política Nacional Antidrogas [...] há a necessidade de incorporação das estratégias na política e de consolidação da RD em todas as áreas possíveis: prevenção, assistência, educação, ação social [...]” (SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE A ARTICULAÇÃO DAS AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS NO ÂMBITO DO SUS, 2007, p. 9-10).

Certamente muito ainda precisa ser feito para que este princípio, o do direito de dispor de seu corpo utilizando as drogas se assim o desejar, seja de fato incorporado e respeitado. É importante lembrar que as campanhas antidrogas, de um modo geral, só apelam para o efeito devastador das drogas, alardeando o sofrimento, a desesperança e a destruição, negando o prazer existente no uso das drogas. O que soa falso e irreal. Não é à toa, que em geral, o jovem rejeita essa linguagem do terror das drogas, afinal quando inicia seu contato, está buscando o prazer ou no mínimo a diminuição ou o afastamento da dor.

Reconhecendo então que o uso de drogas é uma prática humana existente em todas as culturas conhecidas, seja como ritual religioso, como fonte de prazer, ou como fármaco, é indefectível que a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado nos serviços de saúde oferecidos aos usuários de drogas (BUCHER, 1992).

A política de drogas brasileira, em geral, é orientada para a redução da oferta, por meio da repressão ao tráfico de drogas, a queima de plantações, a repressão à produção e refino entre outras ações; ou para a redução da demanda, por meio de ações “preventivas” como desestímulo ou diminuição do consumo, principalmente na iniciação deste uso, ou ainda os próprios tratamentos oferecidos aos usuários e dependentes (BRASIL, 2001).

No entanto a RD vem com o objetivo de minimizar as conseqüências negativas associadas ao uso de drogas sem que necessariamente a pessoa precise parar de fazer uso. É direcionada àqueles usuários que não querem ou não conseguem interromper o consumo de drogas. Entre outros, destacam-se dois argumentos para

sua adoção: o primeiro, já citado, o de que é peremptória a inexistência de uma sociedade sem drogas. O segundo, de que a contínua e contraproducente “guerra às drogas” contraria os princípios éticos e os direitos civis das pessoas, ferindo o direito à liberdade do uso do corpo e da mente (CARNEIRO, 2002; COTRIM, 1999; MORAES, 2006).

Os questionamentos quanto às afirmações de que no processo de dependência não há a liberdade de escolha, visto a compulsão doentia instalada e a falta de capacidade de se estabelecer o limite do uso nos remete a questões mais profundas sobre o que pode significar liberdade de escolha e autonomia, numa sociedade capitalista voltada ao consumo, no qual os sujeitos estão “capturados” vivendo uma “pseudo” capacidade de gerir suas próprias vidas. No entanto, essa discussão requer maior arcabouço teórico que incluiria a discussão, por exemplo, do seja promoção de saúde para usuários de drogas.

A RD surge como uma importante estratégia de intervenção em saúde pública, pois, não se trata apenas da distribuição de insumos, como no caso da troca de seringas para os Usuários de Drogas Injetáveis (UDI), ou da distribuição de camisinhas para a prevenção do HIV/AIDS; vai mais além, vai à busca da defesa da vida, um caminho possível, que em si, não exclui outros (BRASIL, 2003a).

Como proposta inovadora, principalmente junto aos serviços de AD, é ainda alvo de muitas críticas e desconfianças por parte de diversos setores e profissionais que desconhecem sua fundamentação. No entanto, no Brasil, aos poucos, boa parte da sociedade organizada, dos movimentos sociais, a exemplo da experiência de países como Holanda e Canadá e ainda o Reino Unido e a Austrália<sup>18</sup> vão aderindo e derrubando as barreiras e resistências culturais e políticas à sua implantação (FRIEDMAN; DES JARLAIS, 1994).

A partir do momento em que o MS, com recursos do Banco Mundial, inicia sua implantação nos serviços de saúde, a RD vai ganhando maior credibilidade como

---

<sup>18</sup> A esse respeito, ler: (MARLATT, 1999).

política pública, visto que anteriormente, apenas as Organizações Não Governamentais (ONG) desenvolviam este tipo de trabalho (MASSARD, 2005).


De modo que a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Drogas bem nos lembra:

[...] quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito [...] (BRASIL, 2003a, p. 10).

Assim percebe-se uma aproximação da Redução de Danos aos princípios do SUS, visto que na busca de uma atenção integral é preciso considerar os diversos aspectos que envolvem a complexidade do problema do uso e abuso de drogas.

Todo esse processo precisa ser articulado para uma real compreensão da construção da Saúde Mental como um todo. A Reforma Psiquiátrica, voltada inicialmente para as pessoas que sofriam de transtornos mentais passando pelo reconhecimento da necessidade de uma atenção específica aos usuários de AD, à inclusão da RD como norteadora da Política Nacional de AD, até pensarmos nos serviços existentes, nos diversos modelos propostos, até chegarmos ao objeto desse estudo que são as Casas do Meio do Caminho.

**A** POLÍTICA DE ATENÇÃO  
INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE  
ÁLCOOL, FUMO E OUTRAS  
DROGAS DE RECIFE





### **3 A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL, FUMO E OUTRAS DROGAS DE RECIFE**

[...] pensar um espaço de tratamento, é pensar um espaço que responda ao sujeito na sua integralidade nas suas diversas áreas de vulnerabilidade e áreas relacionadas (informação verbal).<sup>19</sup>

No SUS considera-se como Redes de Atenção, as ações e serviços de Saúde que estão organizadas regionalmente e hierarquicamente, de maneira que busquem garantir à atenção integral à população, evitando assim a fragmentação das ações em Saúde. A rede de saúde será preferencialmente organizada de modo que o acesso da população se dê a partir da atenção primária e que gradualmente os casos de maior complexidade sejam encaminhados aos serviços especializados (BRASIL, 2005b).

No entanto, a Rede de Atenção voltada aos usuários de AD no Brasil, ainda mantém-se distanciada da Atenção Básica, visto que os CAPS ainda são considerados o ordenador e regulador do sistema.

As políticas em saúde devem buscar a integração de todos os níveis de complexidade e ainda a intersetorialidade das ações e dos serviços prestados. E o gerenciamento dessas ações está, cada vez mais, sob a responsabilidade municipal, que se não possuir a capacidade territorial da gestão, deverá pactuar com municípios vizinhos a garantia da prestação dos serviços, a fim de garantir a integralidade da assistência (BRASIL, 2005b).

Considerada uma política social básica, o que vai diferenciar o trabalho em rede na saúde, “é a articulação e integração com os diversos níveis de atenção em saúde, secretarias, instituições que trabalham as questões, que estão além da doença mas que pertencem ao conceito ampliado de saúde” (MAIA, 2007). Pois, só assim poderão responder, em conjunto, todas as demandas e necessidades de proteção, prevenção e cuidados dos usuários.

---

<sup>19</sup> Entrevista de Interlocutor Chave 2.

Também para a garantia de uma atenção integral, que seja resolutiva e humanizada, além do trabalho em rede, é preciso romper com a prática clínica centrada na doença. Assim, tem-se a proposta da Clínica Ampliada como um possível instrumento “para que trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados” que geralmente conduzem as ações e intervenções de saúde. Nesta concepção, alguns pressupostos são fundamentais e se destacam: o compromisso com o sujeito, passando a considerá-lo de modo singular; a intersetorialidade, vista como a busca de ajuda em outros setores; e ainda o compromisso ético e profundo com o sujeito (BRASIL, 2007b, p. 9-13).

Assim, trabalhar em **Rede** pressupõe uma atenção e cuidado com essas questões, para que também, numa Rede de Atenção aos Usuários de AD, se busque dar conta da articulação dos diversos saberes e das singularidades de cada serviço existente, incluindo-se as redes sociais.

Como observado no capítulo 1, à história da construção da política de drogas brasileira se deu, de um modo geral, em resposta ao processo da Reforma Psiquiátrica (DELGADO, 2005; MORAES, 2005). No entanto, vale reforçar que, inicialmente, a Reforma negligenciou a questão dos transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2001, 2002, 2003a, 2005a). Negava-se a discussão da questão de AD, focando-se apenas nos transtornos psíquicos. Tal afirmação pode ser observada através dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1988, 1994); que não conseguem abarcar a problemática.

O relato abaixo também sugere possíveis motivações para a dificuldade de incluir os transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas na área de Saúde Mental:

O diálogo de álcool e drogas com outros transtornos sempre foi muito ruim. Desde a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, na segunda Conferência de Saúde Mental sempre foi difícil, porque eu acho que os grandes precursores da Reforma Psiquiátrica no Brasil não estudaram álcool e droga, então, como eles não estudaram, eles não iam falar sobre aquilo que eles não estudaram. E por outro lado eles sempre deixaram essa questão de álcool e droga pra depois, porque a questão dos direitos humanos, do psicótico, era de fato muito mais acentuada do que... então, era mais aquela política do bolo. Quando o bolo crescer a gente divide. Mas

a questão do psicótico ela é tão absorvente e ainda é um desafio tão grande que não sobrava tempo pra se discutir a questão de álcool e drogas... além da questão do poder... de ter que dividir o poder... (informação verbal).<sup>20</sup>

Assim, houve um movimento nacional, paralelo ao da Saúde Mental, no sentido restrito aos transtornos psíquicos, no intuito de tentar se estruturar uma rede sobre álcool e outras drogas. Grupos em diversas partes do Brasil foram se organizando e estudando a problemática:

[...] isso tá em torno de 1982, 1985 são os precursores da ABEAD<sup>21</sup>. E aí o grupo da Jandira em São Paulo, o grupo de Nery em Salvador, o grupo do CMT lá em Minas Gerais e o grupo de Sérgio de Paula Ramos lá em Porto Alegre. [...] porque até então era uma política muito repreensiva em relação à questão de álcool e drogas [...] isso começou em torno de 80, 82. E o processo da reforma psiquiátrica caminhava no sentido do transtorno mental e na proteção ao paciente psicótico. Só no final da década de 90, na virada do século, é que o Ministério entendeu... Em 89, 90 o Ministério cria um programa que, até foi a partir do Rio Grande do Sul, de capacitar os coordenadores dos programas de saúde mental dos Estados e as pessoas interessadas em desenvolverem programas de álcool e drogas. Isso foi 89, 90 que se chamava PRONAL (informação verbal).<sup>22</sup>

Apenas em 2001, na III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a problemática AD terá um espaço de discussão mais amplo, garantindo a inclusão de ações específicas para a população usuária de álcool e outras drogas:

[...] é necessária a criação de uma rede de serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas integrada à rede do SUS, que evite a internação em hospitais psiquiátricos e em clínicas até então destinadas à sua internação (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002).

Podemos inferir que essa também vem sendo a trajetória da construção das políticas públicas para os usuários de AD em Pernambuco, e também a de Recife.

Para ilustrar essa questão, em 1985 a Comissão Estadual de Entorpecentes reuniu várias instituições (Secretarias de Saúde, Secretaria de Educação, Secretaria de Justiça, Secretaria de Segurança Pública, Fundação Joaquim Nabuco de Pesquisas Sociais e a Universidade Federal de Pernambuco), que tinham interesse em discutir a questão AD.

---

<sup>20</sup> Entrevista de Interlocutor Chave 2.

<sup>21</sup> Associação Brasileira de Estudos sobre Álcool e Drogas (ABEAD).

<sup>22</sup> Entrevista de Interlocutor Chave 2. Programa Nacional sobre Alcoolismo (PRONAL).

Assim, em maio de 1986, através da Secretaria Estadual de Saúde, o Centro Eulámpio Cordeiro de Recuperação Humana (CECRH), foi criado a partir do Projeto de Prevenção e Terapêutica das Dependências de Drogas. Temos, então, um registro relevante do início do trabalho da equipe técnica do CECRH, deste primeiro centro especializado para o tratamento de outras drogas no Estado de Pernambuco:

O primeiro passo foi abrir a Instituição para um debate com a vizinhança, representantes de moradores, da igreja, das escolas próximas. O objetivo básico era ouvir as expectativas da população em relação ao Centro e fornecer aos mesmos as informações sobre o trabalho que iria ser desenvolvido. Tivemos oportunidade de ouvir o que significava para eles a implantação de uma instituição que iria atender toxicômanos em um bairro essencialmente residencial. Questões mais enfatizadas pelos mesmos: o medo, por achar que a área poderia vir a se tornar local de grande periculosidade, onde a marginalidade seria uma rotina; famílias pensando em mudar de local, com receio da contaminação dos seus filhos adolescentes, etc. Essa forma de iniciar o trabalho foi importante para a instituição que aos poucos foi se incorporando à comunidade em torno, que também passou a valorizar a qualidade do serviço prestado e lutar pela sua manutenção (PERNAMBUCO, 1988).

Outra observação de grande importância, sobre o início da composição deste centro, era a diferenciação entre o tratamento para “alcoólatras” e usuários de drogas ilícitas. No documento de reestruturação do “Atendimento Integrado a Utilizadores de Substâncias Psicoativas”, de julho de 1993, do CECRH, lê-se: “Aqueles casos em que a questão prioritária seja o uso do álcool, deverão ser encaminhados para outra instituição especializada [...]” (PERNAMBUCO, 1993).

Também o registro do 1º Projeto Terapêutico para criação do Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo (CPTRA), pela Secretaria Estadual de Saúde, de maio de 1991, diz que:

No Brasil, nos diferentes estados da União, o alcoolista é tratado em enfermarias psiquiátricas, em conjunto com outras patologias mentais, e o tratamento prende-se ao modelo tradicional de abordagem clínica e psiquiátrica, sem haver um programa específico de reabilitação desses pacientes. Na prática, o lidar com o alcoolismo está totalmente desvinculado de qualquer planejamento maior de saúde pública, visando apenas desintoxicar o indivíduo, como que “preparando-o” para uma futura reinternação (PERNAMBUCO, 1991).

Observa-se que no bojo da criação destes centros, estava inserido o preconceito em cuidar do alcoolista segregando-o dos usuários de outras drogas, ofertando o tratamento separadamente.

Em 1991, foi criado um serviço chamado SOS Drogas,<sup>23</sup> que consistia em uma central pública de atendimento telefônico gratuito, no qual o usuário e a comunidade em geral podia entrar em contato com profissionais especializados em AD para tirar dúvidas, solicitar informações, enfim pedir ajuda para o enfrentamento do problema que estivessem tendo frente à questão. Inicialmente, funcionou com uma equipe de 13 plantonistas, que cobriam o serviço 24 horas, e que foi instalado a partir de uma parceria entre as Secretarias de Justiça, Educação e Saúde do Estado de Pernambuco. Após funcionar por um curto período no prédio da sede do Instituto de Previdência Social do Estado de Pernambuco (IPSEP), foi transferido para o CECRH (VASCONCELOS, 2005).

Na década de 90, surgem algumas experiências no seio da sociedade civil como o Instituto RAID<sup>24</sup>, em 1993 e o Centro de Prevenção às Dependências (CPD), em 1998. Ambas possuem inscrição de Organização Não Governamental (ONG) e atuam no campo de AD até os dias de hoje.

É evidente a falta de inovação no setor público. Durante quase dez anos, nada se fez na área de AD em termos de política pública voltada para a questão do álcool e outras drogas.

Apenas em 1999, surge uma experiência no âmbito da universidade. Um especialista em AD conta que:

[...] foi em 99, eu e Zé Francisco, que já foi médico psiquiátrico e Murilo, a gente que já tinha trabalhado no Eulâmpio todos três... Zé tinha sido diretor... E disse: "olhe a gente dispõe de tudo... e na verdade, por que a

---

<sup>23</sup> O SOS Drogas foi extinto oficialmente em 2005 a partir da municipalização do CECRH, no entanto, o serviço já estava sem funcionamento há cerca de dois anos (Profissional de Nível Superior 3). Atualmente há um serviço nacional chamado Viva Voz. Este é um serviço telefônico gratuito que visa informar a população sobre o uso de drogas. Qualquer pessoa, usuário ou não de drogas, pode ligar para e tirar suas dúvidas sem precisar se identificar. O telefone do Viva Voz é 0800 -510 0015 (BRASIL, 2008b).

<sup>24</sup> O Instituto RAID fará parte de nossa discussão visto que enquanto modelo é precursor das Casas do Meio do Caminho. Anteriormente chamado de Instituto Recife de Atenção Integral às Dependências. Hoje é apenas denominado Instituto RAID.

gente não se une pra fazer esse núcleo aqui?". Aí em 99 a gente começou a planejar o núcleo e em 2000 o NEDEQ<sup>25</sup>, lá no Hospital das Clínicas, funciona até hoje (informação verbal).<sup>26</sup>

No âmbito religioso surgiram algumas experiências como o Desafio Jovem, Sarah Vida e Fazenda Esperança. Também alguns que necessariamente não são religiosos, mas trabalham na perspectiva de abordagem através do testemunho e do exemplo de vida, como é o caso dos Alcoólicos Anônimos (AA) e dos Narcóticos Anônimos (NA).

Em 2001, com o início da gestão do Prefeito João Paulo,<sup>27</sup> foi criada a Coordenação Municipal de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, diretamente vinculada ao Departamento de Atenção à Saúde, que tratava apenas da questão do tabagismo, e ainda, sem nenhuma vinculação específica com a questão da Saúde Mental.

Existia a Coordenação de Saúde Mental, mas que era totalmente voltada para as questões da atenção às pessoas que sofriam de outros transtornos psíquicos, que não os decorrentes de AD. Até 2002, não havia na Secretaria de Saúde de Recife uma Coordenação específica para as questões relativas ao álcool e outras drogas.

Tal questão pode ser ilustrada através do relato da então Coordenadora de Saúde Mental:

Assim, na verdade, a questão de álcool e drogas, a gente começou a ter algumas iniciativas dentro da Saúde Mental nos primeiros quatro anos de gestão, mas iniciativas muito pequenas. Digamos, a gente meio que incorporou um pouco o discurso da Redução de Danos<sup>28</sup> ... (informação verbal).

Algumas ações de Redução de Danos foram realizadas de maneira pontual:

[...] teve um ano no Carnaval - eu acho que 2002 ou 2003, eu não estou bem lembrada, que aí a gente fez uma campanha no carnaval articulado

---

<sup>25</sup> Núcleo Especializado em Dependência Química (NEDEQ). Tem como objetivo: prestar assistência ao dependente químico da universidade, estudante, servidor, docente e aos usuários do Hospital das Clínicas (HC). O HC é o Hospital Universitário da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

<sup>26</sup> Especialista em AD 4.

<sup>27</sup> João Paulo foi eleito prefeito pelo Partido dos Trabalhadores. Essa gestão assumiu o governo em 2001 e foi reeleita em 2004. No entanto, diversos gestores foram trocados no decorrer desses quase 8 anos.

<sup>28</sup> Ex-gestor SM.

com a Secretaria de Cultura, tinha uma pessoa dentro da Saúde Mental que tava puxando essas questões de álcool e drogas. Então fizemos uma campanha com publicação de um folder, a produção de um CD [...] com outdoors, com panfletos [...] (informação verbal)<sup>29</sup>.

Em 2003, a Secretaria de Saúde do Recife divide em coordenações distintas a área de Saúde Mental, diferenciando-se do modelo preconizado na maioria dos municípios brasileiros, ficando então as questões de transtorno mental e as de álcool e drogas separadas enquanto políticas locais.

De modo que a Coordenação da Política Municipal de Saúde Mental e a Coordenação da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool, Fumo e outras Drogas, também localmente chamada de Programa Mais Vida, começaram a coexistir paralelamente, e assim permanecem nos dias atuais.

Algumas divergências internas no âmbito da Secretaria de Saúde parecem não terem sido discutidas quando da criação do programa, e podem ser observadas a partir do relato abaixo:

[...] porque o Programa Mais Vida desde o início ele foi criado à parte da Saúde Mental [...] tiveram algumas questões na formulação dele, na forma de implantação dele, que eu acho que a gente vivencia alguns problemas até hoje, né? Um deles eu acho que é essa separação que houve inicialmente do Programa Mais Vida, da Saúde Mental. Eu acho que essa dicotomia trouxe uma série de problemas no transcorrer do processo que eu acho que hoje estão pipocando (informação verbal)<sup>30</sup>.

E ainda, essa divisão parece ter sido reflexo da opção política do município em redirecionar a política de Saúde Mental priorizando a questão de álcool e drogas, visto que em princípio, a prioridade era o enfrentamento do grande número de leitos psiquiátricos em Recife e a construção da rede substitutiva:

[...] porque Recife tinha mais de mil leitos, 7 hospitais psiquiátricos... então tinha uma necessidade de correr, formando a rede substitutiva, que seriam os CAPS [...] já se discutia saúde mental na atenção básica, teria que estar priorizando a questão de álcool e drogas [...] tava implantando o CAPS do Distrito VI, que começou a procurar casa também pra implantar um CAPSad [...]. Foi nesse momento que houveram algumas mudanças na Secretaria e coincidiu com a chegada de Evaldo que traz mesmo a coisa da bandeira, de estar implantando uma política de álcool e drogas, né? Então, aí, na minha concepção, tudo passa por uma prioridade política, uma decisão política...

---

<sup>29</sup> Ex-gestor SM.

<sup>30</sup> Ex-gestor SM.

Até então, não havia nenhuma decisão mais enfática no investimento na questão de álcool e drogas, eu acho que é com a entrada de Evaldo que isso chega de uma forma mais forte: "Vamos investir numa política de álcool e drogas pra essa cidade!" Eu acho que tem esse ponto que marca e que precisa ser registrado [...] eu acho que o problema se configurou **na forma**, está entendendo? Porque se tinha um modelo dentro da Secretaria, na rede formada, e um modelo de assistência e uma dinâmica de funcionamento, de repente álcool e drogas é a prioridade e agora vamos puxar diretamente pro gabinete e vamos coordenar daqui sem levar em consideração todo o modelo e a dinâmica que existia naquele momento, dentro da secretaria e na rede (informação verbal).<sup>31</sup>

Se por um lado essa divisão em duas coordenações não seguiu a orientação da Política Nacional, e trouxe em sua forma ruídos (como por exemplo a dificuldade de articulação para atendimentos de casos onde há usuários que possuem comorbidade psiquiátrica e uso de AD), que dificultam até os dias atuais a operacionalização das ações de Saúde Mental como um todo, por outro, essa parece ter sido a única maneira de dar visibilidade a questão do álcool e drogas e poder implementar ações e serviços voltados para esse público:

[...] o primeiro diálogo que se estabelece com o todo da saúde mental, esse é um diálogo que é o mais estreito e o mais difícil, porque ai é competição de irmãos, e competição de irmãos leva a lutas fratricidas de ocupação de espaço. Então é diferente de você dialogar com educação, é diferente de você dialogar com a saúde clínica, com a cardiológica porque não há briga de espaço. Quando você fala da relação da rede que trabalha álcool e drogas e da rede que trabalha os outros transtornos você vai ter uma briga de irmãos e de espaços. E isso historicamente, no país e fora do país... O programa de álcool e droga no país ficou parado durante muito tempo, porque ele tentava acontecer por dentro da saúde mental e sempre que ele tentou acontecer por dentro da saúde mental teve muita dificuldade. Porque o desafio da saúde mental é muito grande e não sobrava tempo e espaço pra aquele irmão menor que vinha surgindo, que vinha da sua especificidade [...] (informação verbal)<sup>32</sup>.

A literatura pesquisada não descreve diretamente essas questões, apesar das diversas reflexões quanto à problemática envolvida quanto ao uso de drogas (BUCHER, 1992; CARNEIRO, 2002). No entanto, é factível o registro de que:

As grandes reformas modelares do mundo ocidental, que foram as reformas italiana e a reforma espanhola, todas as duas deixaram de fora a parte de álcool e drogas e hoje ainda a rede pouco dialoga e estão entregues a uma filosofia inteiramente diferente daquela filosofia... Na Itália, por exemplo, que é a grande ideóloga da reforma mundial, foi a Itália, mas a rede de álcool e drogas ainda é uma rede que tem uma postura mais conservadora de qualquer um outro. Ainda continua sendo internamentos de 1 ano, de 2

<sup>31</sup> Ex-gestor SM.

<sup>32</sup> Interlocutor Chave 2.



anos, ainda continua sendo a coisa muito religiosa, pouco amadurecida do ponto de vista da compreensão do homem, então o que é um grande paradoxo (informação verbal)<sup>33</sup>.

Assim, em Recife, cada uma das coordenações terá sob sua responsabilidade sanitária alguns serviços. Sob a coordenação de Saúde Mental, leia-se transtornos psíquicos, visto que há esse organograma diferenciado, estão os CAPS, as Residências Terapêuticas e os ambulatórios de saúde mental nas policlínicas e hospitais gerais.

Na Coordenação da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool, Fumo e outras Drogas, encontram-se os CAPSad, as UD, os Redutores de Danos (RD's)<sup>34</sup>, os ambulatórios nas policlínicas e as Casas do Meio do Caminho (CMC).

Este último serviço, a CMC, teve sua primeira unidade criada em 2004. Este amplia a Rede de Atenção Integral aos Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas, dando um diferencial pioneiro à organização do modelo, comparando-se em nível nacional, visto que esta experiência, da forma como ela é apresentada, só existe em Recife (RAMEH-ALBUQUERQUE; COSTA, 2007).

Vale frisar que a Secretaria de Saúde também optou em dar ao nome da política local, ênfase ao *fumo*, visto que no nome da política nacional, destaca-se apenas o *álcool* das outras drogas:

[...] as duas substâncias em questão são lícitas, e, por isso, a Secretaria de Saúde, através do Programa Mais Vida, fez a opção de inclusão do termo, a fim de garantir a compreensão da sociedade de que ambas também são drogas que, em uso abusivo, podem prejudicar a saúde e causar diversos problemas em diversas áreas da vida do indivíduo e da sociedade (informação verbal)<sup>35</sup>.

Outra importante característica na organização da Saúde Mental no município, e na condução da Política Municipal de Redução de Danos, é a presença direta e

---

<sup>33</sup> Interlocutor Chave 2.

<sup>34</sup> Redutores de Danos (RD's): são profissionais que atuam como agentes de saúde voltados especificamente para o campo das drogas, que atualmente, na rede pública, estão sendo incorporados pelos CAPSad como técnicos que podem compor a equipe multiprofissional. Alguns municípios, como é o caso de Olinda - PE, incorporaram seus RD's junto ao PSF. Essa parece ser uma atual indicação do MS, haja vista a portaria Nº 154, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), pois já incorpora os RD's como possíveis profissionais compondo a equipe.

<sup>35</sup> Gestor Municipal 1.

específica da Coordenação de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. Esta última foi anexada em 2003 ao Programa Mais Vida, trabalhando principalmente com a perspectiva dos Ambientes Livres do Fumo.

Assim, a Política Municipal de Atenção Integral aos Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas compreende a existência de duas coordenações diferentes numa denominada política única. A contradição existente no “convívio” de tão distintos paradigmas (Redução de Danos e Ambientes Livres do Fumo) necessita de maior investigação e estudo, visto que enquanto princípios, o antagonismo entre estes se faz presente de maneira inequívoca.

Recife possui atualmente seis Regiões Político Administrativas (RPA), e nestas, seus respectivos Distritos Sanitários (DS). Em 2004, iniciou-se o processo de municipalização de quatro serviços de saúde mental sob gestão estadual: os CAPS II Espaço Azul - DS III - e Espaço Livrementemente - DS VI -, além dos CAPSad Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo (CPTRA), localizado no DS III e o Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana (CECRH), no DS IV (RECIFE, 2004).

A Secretaria de Saúde de Recife apresenta um gradual processo de municipalização de serviços estratégicos presentes em seu território, para o fortalecimento de sua Rede de Atenção. Tal processo vem demandando criatividade e inovação por parte da gestão municipal (SANTOS; CAMPOS; RAMEH-ALBUQUERQUE, 2006).

Focando na política de atenção aos usuários de AD de Recife, viu-se que tínhamos como espaços históricos de referência estadual em Pernambuco, esses dois centros, o CPTRA e o CECRH. Estes sempre foram espaços destacados pelo pioneirismo no tratamento da dependência química em nível nacional. Ambos foram municipalizados em 2005, sendo incorporados à Rede de Atenção à Saúde de Recife (SANTOS; CAMPOS; RAMEH-ALBUQUERQUE, 2006).

Em continuidade a esse processo e seguindo as orientações do Ministério da Saúde, juntamente com os princípios do SUS, o município de Recife cria outros CAPSad e UD, ampliando a Rede de Atenção à Saúde para o atendimento aos usuários de

drogas. Atualmente, são seis CAPSad distribuídos territorialmente seguindo a lógica da constituição dos Distritos Sanitários (RECIFE, 2007b). O quadro que segue mostra a distribuição atual:

|        |   |
|--------|---|
| DS I   | CAPSad Prof <sup>o</sup> Luiz Cerqueira                         |
| DS II  | CAPSad Estação Vicente Araújo                                   |
| DS III | CAPSad CPTRA - Centro de Prevenção e Reabilitação de Alcoolismo |
| DS IV  | CAPSad CECRH - Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana   |
| DS V   | CAPSad Espaço Travessia René Ribeiro                            |
| DS VI  | CAPSad Prof <sup>o</sup> José Lucena                            |

**Quadro1** - Distribuição dos CAPSad de Recife segundo referência distrital.

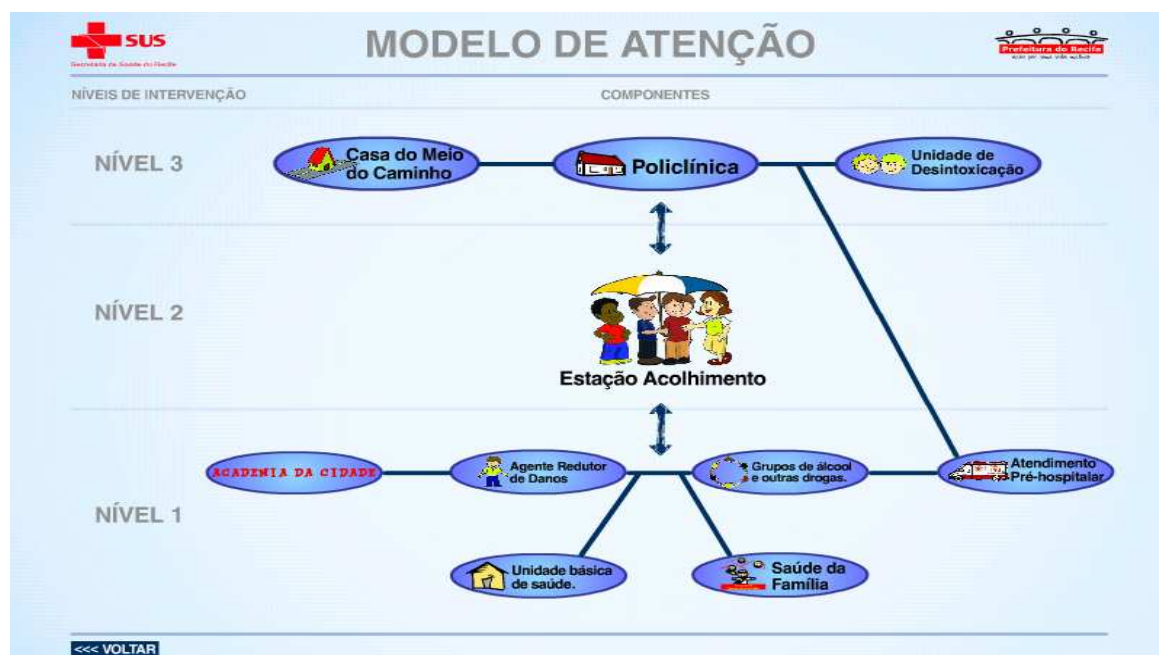
Fonte: Relatórios de Gestão 2007 – CAPSad e CMC (RECIFE, 2007). Elaborado pela autora.

Quanto a UD, em Recife, esse serviço é oferecido apenas no Hospital Geral Oscar Coutinho – UD Arnaldo Di Lascio<sup>36</sup>, com a capacidade de atendimento de 16 leitos. A população de Recife também pode se beneficiar de outras UD através dos serviços oferecidos pela Secretaria Estadual de Saúde: no Hospital da Mirueira, no Hospital Geral Pam de Areias e no Hospital Otávio de Freitas (RECIFE, 2007b).

Na ilustração a seguir é possível observar como localmente o modelo está desenhado, de modo hierarquizado e com os serviços distribuídos pelos níveis de atenção:

---

<sup>36</sup> Até a finalização do período da coleta de dados era essa a referência. Atualmente a UD Arnaldo Di Lascio encontra-se em reforma e um novo fluxo para desintoxicação encontra-se em desenvolvimento.



**Figura 1:** Modelo de Atenção à Saúde Integral aos Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas de Recife.  
 Fonte: Programa Mais Vida, Secretaria de Saúde de Recife (RECIFE, 2004).

Este modelo atualmente é gerenciado pela Coordenação da Política Municipal de Atenção Integral aos Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas, no qual está localizado o Programa Mais Vida com os vários serviços acima ilustrados. Tal coordenação foi criada paralelamente à Coordenação de Saúde Mental necessitando, entretanto, de uma convivência que dê conta das especificidades de cada área sem se esquecer do todo, como, por exemplo, a existência de usuários com comorbidade psiquiátrica decorrente do abuso de AD ou vice-versa.

A tabela que segue demonstra como se encontra quantitativamente a atual rede de atenção em saúde mental do município como um todo.

**Tabela 1-** Relação quantitativa de serviços que compõem a rede de atenção à saúde mental sob gestão municipal do Recife, 2007.

| SERVIÇOS QUE COMPÕEM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL | QUANTIDADE |
|---|------------|
| ALBERGUES TERAPÊUTICOS                                | 04         |
| AMBULATÓRIO DE PSICOLOGIA                             | 65         |
| AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA                            | 30         |
| CAPS AD   | 06         |
| CAPS i  | 02         |
| CAPS II   | 06         |
| CAPS III <sup>1</sup>                                 | 01         |
| CENTROS DE CONVIVÊNCIA                                | 00         |
| HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS <sup>2</sup>                  | 05         |
| HOSPITAL GERAL COM LEITOS PSIQUIÁTRICOS               | 00         |
| OFICINAS TERAPÊUTICAS                                 | 00         |
| RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS                              | 12         |
| UNIDADE DE DESINTOXICAÇÃO <sup>3</sup>                | 01         |

Fonte: Recife (2007 apud MAIA, 2007).

Notas: O nome fantasia escolhido localmente para estes Albergues Terapêuticos, que são específicos para usuários de álcool e drogas, chama-se Casa do Meio do Caminho.

1 - Há outro CAPS III em processo de implantação.

2 - Um dos hospitais encontra-se em processo de descredenciamento.

3 - Hospital Filantrópico, conveniado à rede SUS/Recife, Oscar Coutinho.

No âmbito da Política de Redução de Danos, além da implantação dos CAPSad, da UD e de serviços pioneiros como as CMC, também traz para ação nos territórios os Agentes Redutores de Danos e toda a concepção filosófica e pragmática da Redução de Danos (RECIFE, 2004).

Destacando as CMC como mais um serviço especializado na rede de atenção para o atendimento aos usuários de drogas, é importante referir que estes também são comumente chamados de Albergues Terapêuticos. As CMC são espaços terapêuticos protegidos das drogas, que funcionam como albergues 24 horas, que possuem um Programa Terapêutico específico, com atividades multidisciplinares e abordagem biopsicossocial (RECIFE, 2007b). Essas Casas estão distribuídas em quatro dos seis distritos sanitários da Prefeitura da Cidade do Recife, conforme o

Quadro 2, que será explicitado nos procedimentos metodológicos, capítulo 4 deste estudo.

Alguns albergues no Brasil têm registro de ONG, como é o caso do Instituto RAID de Recife, que funciona há cerca de 15 anos (INSTITUTO RAID, 2007). Outros funcionam como comunidades terapêuticas ou fazendas de tratamento, mas, são instituições privadas, filantrópicas, religiosas ou ONG e diferem do modelo existente no setor público da saúde de Recife (RAMEH-ALBUQUERQUE; COSTA, 2007).

Desse modo, poucos estudos tratam do tema, tornando-se então uma necessidade a ampliação de investigações que tenham como foco a avaliação desses serviços na Rede Pública de Saúde, com vistas a revelar inclusive se tais serviços atendem aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a pertinência e adequação destas Casas como parte do modelo de atenção integral aos usuários de álcool, fumo e outras drogas.

Observam-se então, o crescimento da oferta desses serviços e do Programa Municipal de Atenção à Saúde Integral aos Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas do Recife, percebendo-se a tentativa do município de incorporar às suas ações a estratégia da RD bem como o princípio da integralidade.

Numa evidente contradição ao que foi dito no parágrafo acima, entretanto, também respondendo a outra face do movimento social, a Secretaria de Saúde de Recife, incorpora, na criação de sua Rede de Atenção de AD, o programa dos Ambientes Livres do Fumo desenvolvida pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), (BRASIL, 2004b) e comandado localmente através da Coordenação de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer.

O Ministério da Saúde, por meio do INCA, vem há cerca de quinze anos articulando, ações de natureza intersetorial e de abrangência nacional, junto a diversos setores do governo, com a parceria das secretarias estaduais e municipais de Saúde, e de vários setores da sociedade civil organizada, a fim de desenvolver ações para o controle e diminuição do tabagismo (CAVALCANTE, 2005).

Seguindo a orientação do INCA, a gestão municipal deu início através da Coordenação de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, ao projeto Ambientes de Trabalho Livres do Fumo, na Prefeitura de Recife, em 2002. Desde então, houve uma atuação sistemática de profissionais de todas as áreas no sentido de sensibilizar os profissionais sobre o tabagismo, tabagismo passivo, dependência e abordagem do fumante (RECIFE, 2005b).

Os Ambientes Livres do Fumo são espaços públicos (hospitais, postos, centros e unidades de saúde, escolas, shoppings e locais diversos de trabalho e/ou lazer) que, como o próprio nome os define, são locais proibidos para o uso do fumo. Para que estes espaços sejam considerados Ambientes Livres do Fumo, os profissionais que utilizam tais espaços vão sendo sensibilizados a se engajarem no programa cumprindo etapas graduais de implantação. Tais etapas (avaliação inicial, intervenção sistematizada, avaliação dos resultados e monitoramento contínuo) incluem ações e atividades diversas em cada uma delas, até que o espaço venha a atingir o seu objetivo final. Nestes espaços devem se garantir as áreas para fumódromos. Visto que grande parte dos fumantes apresenta a dependência à nicotina necessitando interromper suas atividades para poder fumar (RECIFE, 2005b).

Segundo o Manual de Implantação dos Ambientes Livres do Fumo, os fumódromos devem ser áreas reservadas apenas para este fim, ou seja, não devem ser áreas compartilhadas por funcionários, usuários, pacientes e público em geral, não fumante. Também devem ser áreas arejadas e que não tenham o risco de explosões ou incêndios. Porém, refere que a escolha e delimitação dos fumódromos, inclusive o “banimento do fumo”, devem ser resultantes de um consenso da comissão, já anteriormente formada no processo inicial do programa, ou dos funcionários da instituição (RECIFE, 2005b).

No dia 5 de junho de 2006, de acordo com o Decreto nº 22.000, todos os prédios públicos da Prefeitura de Recife passaram a ser um Ambiente Livre do Fumo e assim, o uso de fumo nas dependências das repartições públicas da cidade está restrita às áreas dos fumódromos. Segundo a justificativa do projeto, o objetivo maior é tornar o ambiente de trabalho livre da poluição tabágica ambiental e, a

médio e longo prazo, contribuir para a redução do número de funcionários fumantes, visto que 15% destes são fumantes (RECIFE, 2006b).

Pode-se afirmar que os Ambientes Livres do Fumo<sup>37</sup> é uma das ações escolhidas pelo INCA, e assumida pela Secretaria de Saúde de Recife, como uma prioritária estratégia para o controle do consumo do tabaco, numa resposta efetiva à necessidade de ampliação das ações de prevenção aos prejuízos causados por este (RECIFE, 2006).

Assim, com relação à questão específica do tabagismo, a SMS de Recife optou pela junção das duas concepções de abordagem diferenciadas, o que nos faz refletir acerca da contradição existente no seio da concepção do modelo escolhido: o Programa Mais Vida incorpora as estratégias e abordagens para o tratamento dos usuários de AD na perspectiva de minimizar os prejuízos à saúde sem necessariamente preconizar a abstinência como o único meio de se abordar a questão do uso da droga, que é a concepção da RD. Mas também aceita a abordagem e a construção de Ambientes Livres do Fumo (RECIFE, 2004) que só considera como meta de tratamento, a abstinência do usuário.


Na perspectiva de relatarmos a experiência de Recife e estudarmos a pertinência das CMC na contribuição de uma atenção integral aos usuários de AD, também precisaremos questionar como a existência dessas duas abordagens compromete ou não esta atenção.

---

<sup>37</sup> Para maior conhecimento das questões específicas quanto ao consumo prejudicial do fumo, ler: Por Um Mundo Sem Tabaco e a Convenção Quadro – referências.



**A** POLISSEMIA E POLIFONIA  
DA INTEGRALIDADE



#### **4 A POLISSEMIA E POLIFONIA DA INTEGRALIDADE**

Por ser a integralidade um princípio norteador e fundamental do SUS, com diversas leituras e recortes quanto a seu emprego, este conceito precisa ser aqui delimitado quanto a seu uso. São muitas possibilidades de compreensão e apreensão de seus significados, como num conjunto musical, onde muitas vozes e sons se misturam na busca da melodia, harmonia, ritmo e entrosamento grupal.

No uso mais universalizado, ou seja, no seu significado fora do âmbito da saúde, a palavra integralidade significa: “1. Qualidade do que é integral. 1.1. reunião de todas as partes que formam um todo; totalidade, completude.” (HOUAISS, 2001, p. 1630). O que nos faz pensar na importância da agregação desta palavra enquanto um dos princípios norteadores do SUS, desde a sua criação e cada vez mais a sua implementação junto aos serviços de saúde.

Paim (1999) reflete que no período da criação do SUS, havia uma unidade de pensamento trazida pelos reformadores no qual incluíam os pressupostos básicos do que deveria ser a bandeira de luta dos movimentos sociais quanto à saúde e a obrigatoriedade de ação do Estado. Assim, a concepção da multideterminação das condições de saúde, a exigência de um olhar multidisciplinar e uma ação multisetorial seria fundamental para compreender e assegurar um sistema de saúde que fosse capaz de prover a atenção integral com equidade.

Também não será demasiadamente repetitivo, destacar que o SUS vem sendo implantado como um processo social que está em permanente construção. A garantia desse processo está na Constituição Brasileira que o criou em 1988. No Artigo 196 define-se que a saúde deve ser garantida a partir de políticas sociais e econômicas que garantam o direito de acesso à saúde de forma universal, integral e equânime.

No Artigo 200 da Constituição, há referência ao que será posteriormente regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), no direcionamento de que sejam investidos recursos financeiros em pesquisas e debates, e na construção de práticas

sanitárias cotidianas, que possam consolidar um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida das pessoas. Tais questões estão colocadas na LOS nº 8.080 de 19/09/1990:

**Art.2º** - A Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

**Parágrafo 1º** - o Dever do Estado em garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990, p. 1).

Como tal, foi prioridade do Movimento da Reforma Sanitária desde meados de 1980, no qual se alcançou a tão desejada Constituição Federal (CF) de 1988, através das lutas que defenderam esse princípio como “primordial ao sistema e como intenção e necessidade da ação pública” (MACHADO, 2006, p. 10).

Desses esforços findou-se a CF que enuncia a integralidade da intervenção das ações e serviços de saúde, na qual em seu Artigo 198 diz:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. participação da comunidade (BRASIL, 1998, p.111).

A Lei 8.080/90 vai além, na regulamentação do SUS, em seu Art.7, & II, quando afirma que o SUS deve seguir as diretrizes postas na CF e ainda o referente princípio: “Integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, p. 4).

Aprofundando então para o campo da saúde, uma das possibilidades que nos indica o significado do termo que buscamos compreender, está descrita no dicionário “O SUS de A a Z”. Lá encontramos a integralidade como princípio que:

[...] garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades” (BRASIL, MS, 2005b).

Mattos e Pinheiro (2005) referem que integralidade trata-se de um termo polissêmico e polifônico. Polissêmico por reunir diferentes significados e polifônico por retratar “diversas vozes” na interação dos sujeitos e suas relações cotidianas. Se por um lado sua definição legal refere o conceito aqui já delimitado, por outro, na perspectiva dos usuários, ganha novas nuances para compor esse conjunto de sentidos e significa muitas vezes, tratamento digno e respeitoso, que seja feito com qualidade, onde o sujeito sinta-se acolhido e consiga construir vínculo com os profissionais que cuidam ou com os serviços ora oferecidos.

Para Pinheiro (2006, p. 10), “trata-se de um conceito amplo [...]; uma ação social que resulta da interação democrática entre os sujeitos no cotidiano de suas práticas e na prestação do cuidado da saúde em diferentes níveis do sistema”.

Assim, como construção social, a integralidade também incorpora os processos históricos vividos no movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Desde a busca da garantia pelo direito à saúde, à compreensão de saúde como uma questão de cidadania (PINHEIRO et al., 2005).

A integralidade vai ocupando os diferentes espaços públicos impulsionando a formação e vivência de serviços e equipamentos de saúde que se embasem na sua experimentação, ou seja, que possuam minimamente uma equipe, que qualificada, seja capaz de vivenciar esse princípio como base de sua atuação profissional (PINHEIRO et al., 2005).

Conill (2002) considera a integralidade como uma característica complexa, porém necessária e fundamental para se avaliar as ações e serviços prestados na área da saúde. Segundo a autora, os estudos realizados no Brasil buscam compreender a integralidade de uma forma ampliada, visto a diversidade de serviços que são oferecidos.

Segundo Machado (2006),

discutir a integralidade do SUS é também tratar dos compromissos das instituições de saúde, sobretudo das que operam com a racionalidade biomédica, que são as universidades, os hospitais, os órgãos formadores, as instituições científicas e os conselhos da área de saúde.

Para ela a integralidade não é um princípio mais importante que outro, no entanto, “por sua natureza é um princípio que é capaz de atender a todos segundo as especificidades de cada pessoa, grupo ou região” (MACHADO, 2006, p.10).

Corroborando com esta opinião, Carvalho (2006, p. 48) diz que o princípio da integralidade (o tudo) está em “pé de igualdade” com a universalidade (o para todos). Para ele “o tudo para todos”, é uma diretriz-princípio do SUS que se constitui no maior dos desafios.

O “para todos” é menos ameaçado que o tudo. O **tudo** sofre ataque dos dois lados: de quem quer restringi-lo sob vários aspectos e de quem quer turbiná-lo ao ponto do inexecutável. Quando o Movimento da Reforma Sanitária pensou o sistema de saúde baseado na própria experiência e em sistemas de outros países, imaginou uma integralidade regulada. Nela se faria só o **tudo** que tivesse base científica devidamente evidenciada e que seguisse o padrão ético. (CARVALHO, 2006, p. 48, grifo nosso).

Carvalho (2006) também considera a dimensão da integralidade na saúde como não sendo a única, no entanto nos lembra que há uma “acepção consensual” de que integralidade signifique o tudo. Traz, porém, duas dimensões para ajudar nessa conceituação: a vertical e a horizontal. Para ele a dimensão vertical constitui-se da “visão do ser humano como um todo, único e indivisível”: o biopsicossocial do ser humano completo; e a horizontal se dá nas ações de saúde em todos os campos e níveis: do primário ao quaternário, passando pela promoção, proteção e recuperação.

Cecílio (2006) irá propor mais um tom sobre a integralidade. Inicialmente chamando de “conceito-signo” o tripé universalidade, integralidade e equidade, afirma que “a cidadania, a saúde como direito de todos e a superação das injustiças” estão inseridas neste entrelace. Sugere uma observância do imbricamento entre o “macro” e o “micro”; sendo estes, algo que vai além de formulações teóricas, pois reflete diretamente a organização de nossa prática.

Refletindo que as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas, Cecílio (2006) propõe uma tentativa de conceituação de necessidades de saúde, a fim de poder ajudar os trabalhadores a inserirem os princípios do SUS nos seus cotidianos, dividindo essas necessidades em quatro grandes conjuntos:

- 1 - “boas condições de vida”;
- 2 - acesso e possibilidade de consumo de toda tecnologia existente na saúde capaz de melhorar a qualidade de vida das pessoas;
- 3 - criação de vínculos entre a equipe que presta o serviço e os usuários deste;
- 4 - crescimento da autonomia do sujeito.

Essas necessidades impulsionarão o que ele vai discutir através de uma “definição ampliada de integralidade da atenção” subdividindo depois em duas dimensões: a integralidade micro e a integralidade macro.

No entanto é preciso entender mais profundamente o que ele quer dizer sobre esses aspectos acima, visto que é nesta concepção que aportaremos o que para nós é a integralidade, sem que seja necessário excluir as outras concepções aqui apresentadas pelos teóricos.

Para “boas condições de vida”, Cecílio (2006, p. 114) trará para reflexão sobre seu significado, tanto à luz da perspectiva funcionalista, que vai enfatizar os aspectos do ambiente externo que determinam o processo saúde-doença; tanto pela perspectiva marxista, no qual vai se enfatizar “os diferentes lugares ocupados por homens e mulheres no processo produtivo nas sociedades capitalistas como as explicações mais importantes para os modos de adoecer e morrer”.

Assim, ele exemplifica inclusive a maneira como o trabalhador tem sua inserção na fábrica, no escritório, mas também, com relação ao acesso à água tratada, condições de moradia e hábitos pessoais. No entanto, resume que mesmo havendo um considerado “ecletismo conceitual”, há um certo consenso de que “boas condições de vida”, signifique “que a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde” (CECÍLIO, 2006, p. 114).

Com relação ao consumo das tecnologias de saúde existentes, refere que prefere trabalhar com a idéia trazida por Campos (1992 apud CECÍLIO, 2006) na qual cada tecnologia de saúde, irá assumir uma definição de seu valor de uso, a partir da necessidade que cada pessoa terá de acordo com seu momento singular de vida. Considera então que a importância do consumo de tecnologias não será estabelecida apenas pelos técnicos, mas os usuários dos serviços trarão suas necessidades reais para esta valoração (CAMPOS, 1992 apud CECÍLIO, 2006).

No terceiro ponto, Cecílio (2006) mostra a importância da criação de vínculos entre a equipe que presta o serviço e os usuários deste. Estes últimos, buscam estabelecer uma relação de confiança enquanto uma referência no sistema de saúde, e que este serviço, reflita uma relação contínua no tempo, que seja pessoal e intransferível e que ainda seja calorosa, para garantir o “encontro de subjetividades”.

Propõe ainda que o crescimento da autonomia do sujeito precisa ser reconceitualizada, enquanto necessidade de saúde. Nesse quarto aspecto, a reconceitualização, informação e educação em saúde é apenas uma parte do processo de construção de cidadania. A autonomia precisa levar em conta a luta pela satisfação das necessidades dos sujeitos da forma mais ampla possível, o que inclui a possibilidade de reconstrução por estes de seu modo de vida e dos sentidos que atribuem à vida (CAMPOS, 1992 apud CECÍLIO, 2006).

Como aqui delimitado, dando continuidade a seu pensamento, mostrará a necessidade de pensar a integralidade da forma mais completa possível. Para tal subdivide a definição de integralidade da saúde em duas.

Na primeira, a micro, também chamada de “integralidade focalizada”; coloca que é aquela trabalhada nos espaços delimitados de saúde, como uma unidade especificamente. As necessidades de saúde da população estariam sendo observadas em sua dinâmica junto aos profissionais que atuam na unidade, pensando-se nos serviços e atividades oferecidas, resultantes de um esforço coletivo da equipe em atender da melhor forma possível as demandas existentes. Pode ser considerado um resumo das possibilidades da integralidade num espaço de “micropolítica de saúde” (CECÍLIO, 2006, p. 116 - 117).

Na segunda, a macro, também conhecida por “integralidade ampliada”; as necessidades estariam voltadas ao externo da unidade, as relações intersetoriais, a pertinência a um sistema mais amplo. Esse sistema não mais pensado apenas como uma pirâmide onde se passa de um nível a outro de atenção de forma linear. Mas um sistema mais cíclico, no sentido de possuir diversas entradas e possibilidades de atuação (CECÍLIO, 2006, p. 117).

É importante também considerarmos alguns aspectos trazidos por Alves (2006, p. 167), que aborda em um de seus trabalhos, o princípio da integralidade contextualizando-a no que chama de “os novos paradigmas da atenção em saúde mental”.

Nestes paradigmas encontra-se de maneira brutal a divisão entre “oferta/seleção e inclusão/exclusão” (CECÍLIO, 2006, p. 117). A oferta dos programas geralmente está vinculada à seleção dos usuários, o que desembocará conseqüentemente em quem se pode incluir em tal programa e em quem fica excluído por não possuir o perfil selecionado para o serviço oferecido (CECÍLIO, 2006).

Esse problema é vivido diariamente no interior dos serviços, como, por exemplo, no caso dos oferecidos aos usuários de drogas que por possuírem qualquer outra comorbidade psiquiátrica (vice-versa), ficam sem ter como serem atendidos. A política existente, através dos programas, só consegue dar conta de “um” problema de cada vez.

O autor lembra que essas práticas ainda são conseqüências na determinação nosológica ou taxonômica das intervenções em saúde; desde os anos 40, quando à formação dos profissionais de saúde incorporaram o chamado modelo flexneriano<sup>38</sup> (ALVES, 2006). A exemplo disso temos um relato do interlocutor chave 2, referindo-se que a questão de álcool e drogas, apesar de sua prevalência altíssima, enquanto comorbidade, ainda se encontra fora dos protocolos médicos clínicos em geral:

---

<sup>38</sup> Modelo flexneriano: baseado no disseminado Relatório Flexner, divulgado em 1910, que traz consigo uma concepção bastante restrita da saúde sobre o que considerava que deveria ser a educação médica (OS CAMINHOS..., 2004).



Pesquisas mostraram que, você chegando em qualquer hospital clínico, em qualquer cidade do mundo, você fazendo um levantamento, um diagnóstico apurado, você vai encontrar entre 40 a 60% daquelas pessoas que estão numa unidade de cardiologia, numa unidade de nefrologia, numa unidade de pneumologia, numa unidade de clínica médica, uma unidade seja lá do que for, você vai encontrar de 40 a 60% com alguma comorbidade com relação ao uso de álcool e outras drogas. Então, apesar de ter uma prevalência tão alta ele continua fora do protocolo de verificação clínica, o uso de álcool e outras drogas continuam fora desse protocolo (informação verbal)<sup>39</sup>.

Importante observarmos que, apenas no final da década de 80 e início de 90, os paradigmas ligados às questões da saúde mental começaram a mudar. A palavra “tratar” começou a ser mudada para “cuidar”, incorporando assim os diversos tipos de problemas associados aos critérios de seleção e/ou exclusão. Os modelos de atenção até então existentes foram sendo paulatinamente “superados”, sob a forte influência da psiquiatria italiana e toda a Reforma Psiquiátrica tentando-se avançar sobre as premissas de seleção e exclusão (ALVES, 2006).

Uma dessas premissas mais arraigada era a de que “é preciso isolar para conhecer e conhecer para intervir<sup>40</sup>” (ALVES, 2006, p. 169).

No pós-guerra, a inadequação dos hospitais passa a ser questionada e o direito dos portadores de transtornos mentais começa a ser considerado. A Declaração de Caracas<sup>41</sup>, em 1990, vem como um importante impulsionador para as mudanças nessa área (ALVES, 2006). O Brasil também foi atingido por essas mudanças criando-se uma necessidade urgente de superação dos antigos modelos (AMARANTE; GULJOR, 2005).

A integralidade surge então como um componente primordial, visto que esse princípio esbarra frontalmente com o paradigma da seleção/exclusão (ALVES, 2006).

Mergulhando na questão da integralidade nos serviços de álcool e drogas, há de se considerar a complexidade existente. Por isso, este autor, lembra que junto à

---

<sup>39</sup> Interlocutor Chave 2.

<sup>40</sup> Alves reflete sobre a influência deste pensamento no período. Para tal, cita o teórico Jean Tenon com sua visão da medicina aplicada aos portadores de transtornos mentais.

<sup>41</sup> Declaração de Caracas: documento que marca as reformas na atenção à saúde mental dos portadores de transtornos (BRASIL, 2007a).

integralidade estão os componentes que considera indissociáveis, o da intersetorialidade e o da diversificação, ou seja; buscar na diversificação das ofertas e em outros setores aquilo que a saúde não oferece: a diversificação de programas é fundamental para se acolher alguém de forma integral, já que, com um menu variado e diversificado de possibilidades, reduz-se muito a tentação da seleção (ALVES, 2006, p. 172).

Portanto compreender os caminhos traçados pela Reforma Psiquiátrica até chegar aos serviços existentes no Brasil para o cuidado e atenção aos usuários de drogas, num prisma que contemple a análise da integralidade nestes serviços é fundamental. Haja vista que, como já foi dito, são pouquíssimos os estudos que avaliam tais serviços numa ótica qualitativa e não apenas na avaliação do avanço obtido pela desinstitucionalização.

Para se compreender os serviços existentes como complementaridade das ações e não como superposição dos mesmos, é preciso se entender o que se considera como Rede de Saúde, principalmente para o nosso foco de estudo, pois as unidades de saúde existentes oficialmente no SUS para o cuidado dos usuários de drogas são os CAPSad e as UD. Cada um deles possui uma função específica que, ainda de forma incipiente, procuram trabalhar a questão da integralidade na linha da complementaridade.

Assim é preciso compreender que alguns obstáculos precisam ser derrubados, ou minimamente enfrentados, para o avanço e operacionalização do SUS principalmente olhando para os serviços voltados para a atenção aos usuários de álcool e drogas.

Há que se reconhecer como coloca Pestana e Mendes (2004, p. 11) que “é necessário promover mudanças mais profundas no SUS que superem o modelo de incrementalismo lento que vem se dando através dos ajustes das normas operacionais”. Ou seja, compreender que é necessária uma mudança significativa no modo de funcionamento da rede de serviços para que se atenda também ao princípio da integralidade.

Esses autores debatem as dificuldades encontradas nesse processo de descentralização, no entanto, referem que a descentralização pode ser uma opção perseguida pelas esferas de governo no sentido de garantir a integralidade.

Esta deverá ser garantida através do acesso aos serviços de saúde necessários, que devem ser ofertados em diferentes pontos de atenção à saúde, numa rede horizontal. Sugerem que não seja uma rede vertical, visto que estas apresentam os serviços de forma fragmentada. Ainda propõem que a atenção primária de saúde coordene as ações no sentido de integrar o sistema como um todo (PESTANA; MENDES, 2004).

Apesar dessas diretrizes, como já dito anteriormente, na Rede de Atenção AD, o CAPS, ou seja, a atenção especializada ou secundária é quem ordena as ações no território. De modo que a atenção primária ainda encontra-se muito distanciada desta questão enquanto prática nos serviços.

Deste modo, os diversos sons e as várias vozes que ecoam ao se pensar a integralidade, também necessitam de ouvidos que os escutem para que a prática de uma atenção integral de fato se dê “na ponta” no qual os usuários irão se beneficiar diretamente.

# **P**ROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS



## 5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 5.1 Desenho de Estudo

Alguns autores compreendem que a avaliação em saúde pode ser considerada um instrumento valioso para o delineamento e melhoria dos programas e políticas públicas, indicando inclusive, que esta precisa ser incorporada na prática dos programas a fim de se melhorar a qualidade do serviço prestado e o acesso dos usuários (FARIA, 2001; TANAKA; MELO, 2001).

Neste sentido é preciso se definir o caminho metodológico a ser seguido, pois, em qualquer estudo de avaliação é fundamental a definição de um escopo que inclua os atores sociais, os diferentes papéis exercidos por estes, bem como os beneficiários do processo de avaliação (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; TANAKA; MELO, 2004). Além disso, é preciso ter a clareza da necessidade de se avaliar considerando que ao fazê-lo, o pesquisador emitirá um juízo de valor inerente a todo o processo avaliativo (TANAKA; MELO, 2001).

Por estas questões é importante pensar sobre o que é a avaliação em saúde e quais os motivos para fazê-la.

#### 5.1.1 O que é avaliar os serviços de saúde e para quê avaliá-los?

O campo da avaliação é vasto, podendo abarcar diferentes áreas de concentração de acordo com o que o pesquisador se propõe a avaliar e também os diferentes objetivos que ela pode atingir (DRAIBE, 2001).

Minayo (2006, p. 19) aguça nossos sentidos para nos debruçarmos mais sob a avaliação e a pesquisa científica: “Grupos e pessoas estão sob a mira de um desafio: ou experimentam vôos de águias ou se contentam com o conservadorismo que corrói a energia das instituições”. Para ela, o “fazer pesquisa” engloba uma

complexidade de fatores que inclui “teoria, método, operacionalização e criatividade”. O pesquisador desempenha papel fundamental neste processo, pois o conhecimento científico não está acima ou fora da realidade: “ser pesquisador é também estar integrado no mundo”.

Assim avaliar os serviços de saúde significa um se debruçar sobre os diversos aspectos que conceitualmente, tecnicamente, em suas terminologias, usos e fins, capacidade de oferta, público alvo, enfim, numa gama de questões consideradas como pertinentes (VIEIRA DA SILVA, 2004), a fim de que tais conhecimentos produzidos sejam incorporados pelas ações de saúde (BODSTEIN, 2002).

Apesar dos avanços obtidos nos processos de avaliação em saúde, incluindo sua institucionalização em diversas áreas, há uma resistência enorme por parte de gestores e profissionais de saúde em investir nesse processo (VIEIRA DA SILVA, 2004) e, conseqüentemente, em considerar a avaliação como algo necessário, contínuo e que deve fazer parte dos processos de trabalho de toda instituição.

É neste sentido, tentando vencer os desafios postos, que percebendo-se a complexidade da problemática das drogas e dos serviços de saúde oferecidos aos usuários de álcool, e outras drogas, que a metodologia deste trabalho foi escolhida. Pois compreende-se que avaliar os serviços de saúde existentes para os usuários de álcool e outras drogas ajudará na melhoria de tais serviços na perspectiva defendida por Faria (2001).

#### 5.1.2 Como se deu à avaliação do serviço objeto deste estudo?

Diante da complexidade envolvida nos diversos tipos de serviços de saúde existentes, é importante que uma avaliação não utilize apenas instrumentos quantitativos (TANAKA; MELO, 2004). Considerando que este trabalho trata do relato de uma experiência local, sem a intenção de realizar um estudo quantitativo, apesar de reconhecer a necessidade de futuros estudos sob este prisma, decidi por considerar as abordagens que identificam como objetivos dos estudos qualitativos:

- a) a discussão com base na experiência empírica do pesquisador,
- b) a identificação e discussão das fragilidades em fazer avaliação dos serviços de saúde, e
- c) a sinalização de perspectivas para superação das fragilidades e dificuldades identificadas (TANAKA; MELO, 2004).

Assim, foi pertinente uma abordagem de avaliação que considerasse não apenas quantos e quais os serviços existentes, mas, e principalmente, como esses serviços atuam. O olhar qualitativo tornou-se indispensável (LOBO, 2001; VIEIRA DA SILVA, 2004; TANAKA; MELO, 2004).

A opção pela avaliação de processo aqui, se deu na perspectiva de que esta facilita avaliar as condições e as formas de organização onde os serviços estão contextualizados e inseridos, bem como, de que forma as ações e atividades são desenvolvidas e prestadas (TANAKA; MELO, 2004).

Na medida em que o relato era produzido, eu questionava se o modelo proposto por Recife era pertinente, pois segundo Hartz (2005a, p. 59) “uma política é dita pertinente quando seus objetivos explícitos são adequados aos problemas que se deseja resolver”, assim, este estudo, além da descrição das Casas do Meio do Caminho, buscou relatar, através de diversos atores, a pertinência destas no modelo da Rede de Atenção Integral aos Usuários de Álcool, Fumo, e Outras Drogas de Recife.

Tal como a metáfora do detetive que, mesmo não encontrando o que está buscando, sabe interpretar o que aparece pelo caminho, por ser uma pesquisa avaliativa, o estudo se desenhou através da avaliação de processo (VIANA, 1997). Esta se constitui num conjunto de atividades e procedimentos empregados no manejo dos recursos que perpassam pelas dimensões: técnica, das relações interpessoais e da organizacional, sejam estas o acesso, a cobertura, e a integralidade. Assim, focamos a experiência de Recife através do serviço de saúde oferecido pelas Casas do Meio do Caminho, visto que o que se pretende avaliar não é o programa ou a política como um todo, mas o conjunto das ações desenvolvidas por este serviço a partir da ótica do princípio da integralidade.

Para Hartz (2005) a teoria tem papel fundamental na avaliação a ser realizada para que esta possa dialogar com os achados do pesquisador. Assim, optei na concepção teórica proposta por Cecílio (2006) para, à medida que realizava a pesquisa, esta pudesse ser a reflexão norteadora que impulsionou os objetivos do estudo. Num olhar avaliativo sobre a integralidade macro e um outro sobre o olhar micro, foi-se questionando a pertinência das CMC no modelo de atenção integral aos usuários de drogas de Recife. Para Cecílio (2006) o “micro” está no “macro” e o “macro” está no “micro” visto a dinâmica que perpassa os serviços de saúde em geral, de modo que, a utilização de várias fontes e de diferentes abordagens foi necessária para ampliar a compreensão sobre o processo avaliativo (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004).

## 5.2 Área do Estudo

A escolha da área se deu de forma a contemplar a diversidade no modelo das três CMC existentes na cidade do Recife e o Espaço Jandira Masur, com suas peculiaridades enquanto unidade mista, “meio CAPSad e meio albergue 24h”, como pode-se ver no quadro abaixo:

| DISTRITO SANITÁRIO (DS) | CASAS DO MEIO DO CAMINHO                          | PÚBLICO ALVO  | REFERÊNCIA PARA OS DS                                 |
|-------------------------|---|---|---|
| DS I                    | Casa do Meio do Caminho Profº Luiz Cerqueira      | Masculino, adolescentes (a partir de 14 anos) e adultos | I e II e referência para adolescentes de todos os DS. |
| DS II                   | Espaço Jandira Masur                              | Feminino, adolescentes (a partir de 16 anos) e adultas  | Todos os DS.  |
| DS IV                   | Casa do Meio do Caminho Celeste Aída Chaves       | Masculino, adultos.                                     | III e IV  |
| DS VI                   | Casa do Meio do Caminho Profº Antônio Nery Filho. | Masculino, adultos.                                     | V e VI  |

**Quadro 2** - Distribuição das CMC segundo público alvo e referências distritais.  
Fonte: Elaborado pela autora.



### **5.3 Sujeitos da Pesquisa**

A escolha da população deste estudo visou garantir o que Minayo (2006) pontua como importante na definição da amostra a ser pesquisada, ou seja, a definição de que grupo social deve ser relevante para se privilegiar os sujeitos que possuem os atributos que o pesquisador pretende investigar. Tais sujeitos eram portadores da capacidade de responder as perguntas avaliativas pressupostas no estudo e que trariam os aspectos obscuros da história da política de álcool e outras drogas de Recife.

Esta população esteve distribuída enquanto gestores, ex-gestores, profissionais de saúde em todos os seis distritos sanitários, e usuários e familiares das CMC dos DS I e IV; do município de Recife.

Enquanto que os demais sujeitos (especialistas da área de drogas) foram entrevistados de acordo com o desenvolvimento da pesquisa em locais e agendas específicas possíveis, visto que alguns deles não atuavam na cidade de Recife.

### **5.4 Fontes de Dados, Instrumentos e Técnicas**

Como tipos e fontes de dados primários, utilizaram-se as entrevistas do tipo semi-estruturadas, com diversos sujeitos chave que demarcaram a população do estudo: coordenadores do Programa Mais Vida, gestores e ex-gestores públicos ligados ao Programa Mais Vida ou à Rede de Atenção à Saúde Integral aos Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas, especialistas que atuam em ONG e universidades, ou seja, sujeitos que direta ou indiretamente trabalham com o tema AD e que atuam na cidade de Recife e em outras cidades brasileiras.

Tal opção justifica-se por se entender que a busca de opinião de especialistas e a inclusão destes no estudo é de grande valia para a avaliação de serviços de saúde (HARTZ, 2005). Também buscando preencher as lacunas encontradas na literatura

disponível acerca da história da política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, tanto em nível nacional como local, recorreremos às entrevistas por compreendermos, como reflete Barrio (2004), que estas favorecem que as respostas abordem temas que antes não havíamos previsto, introduzindo assim aspectos a serem considerados e ainda incluem o ponto de vista dos entrevistados. Buscou-se através dessas entrevistas averiguar quais as argumentações teóricas que fundamentaram a existência e a pertinência, ou não, dos serviços estudados; bem como, o entendimento de quais contribuições, limites, ou desajustes existem nos pressupostos teóricos do modelo pesquisado (HARTZ, 2005).

Também os profissionais das CMC (nível superior – psicólogo, professor de educação física e assistente social, nível médio – acompanhantes terapêuticos), e outros profissionais, atores ligados a questão da intersectorialidade (profissionais dos CAPSad, Unidade de Desintoxicação e Academia da Cidade) e ainda familiares e usuários foram entrevistados com os mesmos objetivos aqui descritos, ampliando ainda sobre o olhar de quem faz, produz, e o olhar de quem se beneficia ou utiliza o serviço (HARTZ, 2005).

Assim, foram realizadas 30 entrevistas semi-estruturadas, sendo os sujeitos distribuídos e respectivamente codificados no intuito de preservar suas identidades. O quadro abaixo facilita a visualização das entrevistas realizadas:

| <b>Quantitativo de entrevistas, sujeitos e origem</b>  | <b>Codificação</b>                      |
|--|---|
| 3 gestores municipais do Programa Mais Vida  | Gestor Municipal 1, 2 e 3               |
| 2 gerentes de CAPSad   | Gerente de CAPSad 1 e 2                 |
| 1 gestor da UD municipal   | Gestor da UD                            |
| 2 coordenadores das CMC  | Coordenador da CMC 1 e 2                |
| 7 especialistas da área de tratamento de drogas (sendo quatro de Recife, dois de São Paulo e um de Salvador) | Especialista em AD 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 |
| 3 profissionais de nível superior das CMC (um psicólogo, um assistente social e um educador físico)          | Profissional Nível Superior 1, 2 e 3    |
| 2 profissionais de nível médio das CMC   | Profissional Nível Médio 1 e 2          |
| 2 ex-gestores da Secretaria de Municipal de Saúde  | Ex-gestor da SMS 1 e 2                  |
| 1 gestor da atenção básica do município  | Gestor da Atenção Básica                |
| 1 diretor de distrito  | Diretor de DS                           |
| 2 usuários de drogas em tratamento nas CMC (um de cada CMC)  | Usuário de AD 1 e 2                     |
| 2 ex-usuários do serviço   | Ex-Usuário de AD 1 e 2                  |
| 2 familiares ou acompanhantes (um de cada CMC)   | Familiar 1 e 2.                         |

**Quadro 3** - Entrevistados e codificações.

Fonte: Elaborado pela autora.

Tais escolhas deveram-se a existência de papéis e atores diversificados considerados importantes para a avaliação da pertinência das CMC. Também por não haver estudos específicos sobre o tema, tais sujeitos foram essenciais para o relato da experiência.

Quanto aos dados secundários, as fontes foram a legislação em saúde mental, as normas e leis existentes sobre o tema e ainda a análise documental do material existente no Programa Mais Vida, entre estes, os relatórios de gestão municipal.

Donabedian (1984) propõe como importantes para a avaliação da qualidade do processo de atenção à saúde, os instrumentos da observação direta, da análise de documentos e das entrevistas, entre outras técnicas qualitativas, para uma reconstrução mais aproximada do cenário pesquisado.

Lançamos mão das técnicas abaixo relacionadas, pelas possibilidades que estas permitiram para a busca dos objetivos demarcados no estudo.

#### 5.4.1 Entrevista semi-estruturada

Considerada por diversos autores como instrumento de coleta de dados primários de grande importância (MINAYO, 2006; TANAKA; MELO, 2001), pois permite a troca de informações entre as pessoas e possibilita ao entrevistador recolher as informações através da fala dos sujeitos envolvidos, as entrevistas foram realizadas com roteiros semi-estruturados a fim de darem conta das perguntas avaliativas do estudo.

A entrevista semi-estruturada possui a característica de seguir um roteiro pré-determinado que serve de norte para o desenvolvimento da entrevista de modo que os entrevistados respondam basicamente as mesmas questões. No entanto, a ordem das questões não são rígidas e outros pontos podem surgir a partir do perfil e características dos entrevistados. Assim há um alto grau na flexibilidade das questões, de modo que estas possam garantir, através das respostas dos entrevistados, os temas que se tornarem mais relevantes ao estudo (COSTA;

ROCHA; ACÚRCIO, 2004). Os roteiros por nós utilizados encontram-se nos Apêndice A e B.

Assim, as entrevistas foram fundamentais no decorrer deste estudo resgatando parte da história da política de álcool e outras drogas com um todo, bem como contribuindo para o resgate da história local sobre a questão AD. Também facilitaram a busca da reconstituição da experiência de Recife na construção das Casas do Meio do Caminho, junto à Rede de Atenção Integral aos Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas, visto que os documentos existentes não explicitavam claramente como tal processo se deu, em sua implantação e implementação como serviços especializados de tratamento e atenção aos usuários de drogas.

#### 5.4.2 Observação Participante

Entendendo-se a vida como um processo de conhecimento, e que este não é passivo e sim construído, e que esta construção se dá através da interação com o mundo (MARIOTTI, 2005 apud MATURANA, 2005) e ainda, que “todo fazer é um conhecer e todo conhecer é um fazer” (MATURANA, 2005), pôde-se compreender a Observação Participante (CRUZ-NETO, 1994) como instrumentos que ativamente ajudaram no exercício de revelar o que aparentemente poderia ser o mais óbvio e mais próximo, no entanto tornam-se por vezes mais difíceis de perceber. Com atenção e minúcia, estes instrumentos foram aliados imprescindíveis na busca de constatações, conclusões, considerações; enfim, da vivência, dos processos, do particular, do geral, do cotidiano e funcionamento do serviço de saúde ora estudado.

Como referido na introdução deste trabalho, atuo como coordenadora de uma das CMC, assim, a observação direta se estendeu as outras Casas marcando-se previamente as visitas às unidades. Foi possível observar os eventos do dia-a-dia como “observadora participante” e complementar o material observado através das entrevistas posteriormente realizadas (CRUZ-NETO, 1994).

Ao observar diretamente as CMC, todas as observações eram anotadas em um Diário de Campo, com conhecimento prévio de todos os envolvidos na investigação, para que, passo a passo, este servisse como instrumento fundamental de registro das informações geradas.

O Diário de Campo ajudou no que Maturana (2005 p. 29 - 30) pontua acerca dos observadores que passam a ser observados por si próprios:

A reflexão é um processo de conhecer como conhecemos, um ato de voltar a nós mesmos, a única oportunidade de que temos de descobrir nossas cegueiras e reconhecer que as certezas e os conhecimentos dos outros são, respectivamente, tão aflitivos e tão tênues quanto os nossos (MATURANA, 2005 p. 29 - 30).

Ao registrar todas as observações no Diário de Campo e depois poder voltar aos registros para análise, neste processo, foi possível encontrar as “práticas significantes” (MAGNANI, apud CARDOSO, 1986), onde o discurso e prática puderam se confrontar e/ou complementar sobre o objeto estudado (BARDIN, 1977).

#### 5.4.3 Pesquisa documental

Para a pesquisa documental que norteou a fundamentação teórica do estudo, recorreremos a diversas fontes, entre elas:

- a) os documentos oficiais das políticas e programas existentes em nível federal, estadual e municipal sobre saúde pública, saúde mental, políticas para atenção e tratamento de usuários de álcool e drogas, legislação geral e específicas;
- b) documentos elaborados pelas redes, associações e movimento social dos usuários e profissionais que atuam no campo das drogas.

## 5.5 Categorias de Análise

Pensando nos vieses de natureza ideológica e de natureza técnica, questionando-se sobre “que modelo adotar para atender à integralidade” (ALVES, 2006, p. 170), as categorias de análise foram subdivididas baseadas na proposta de Cecílio (2006), que são:

### ***Integralidade Focal, ou Micro, no qual se investigam:***

- a) o menu de programas do serviço de saúde: o programa terapêutico como base para as ações de prevenção, promoção e assistência à saúde, abordagem teórica e prática, a grade terapêutica, manual do hóspede, regimento interno, impressos etc;
- b) originalidade da proposta (novos conhecimentos produzidos);
- c) as relações interpessoais (aqui entendidas como as relações existentes entre a equipe multidisciplinar da CMC, sua formação e capacitação técnica);
- d) a composição da equipe (novos atores e especificidades da equipe).

### ***Integralidade Ampla, ou Macro, buscando-se avaliar a distribuição do serviço oferecido:***

- a) intersetorialidade;
- b) inserção do serviço na rede de atenção (localização no nível de complexidade e quantitativo das Casas);
- c) fluxos – referência e contra-referência (relação entre os níveis de atenção);
- d) descrição geral das Casas, com suas peculiaridades (a questão de gênero, a questão dos adolescentes e a convivência dos paradigmas Redução de Danos e Ambiente Livre do Fumo).

## 5.6 Análise e Tratamento dos Dados

Num estudo qualitativo pode-se optar por diversos caminhos para a análise dos dados a fim de investigar as percepções, as compreensões e/ou os sentidos

produzidos pelos sujeitos envolvidos na questão (MORAES, 2005). No entanto, um dos caminhos mais recorridos é a Análise de Conteúdo.

Segundo Bardin (1977), esta pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação que se propõe a buscar indicadores que facilitem o reconhecimento das mensagens recebidas e produzidas. Para ele, toda e qualquer comunicação, ou seja, as significações emitidas e recepcionadas, deveriam poder ser escritas, a fim de serem decifradas pelas técnicas de análise de conteúdo.

Como uma das técnicas de análise de conteúdo, neste estudo, a opção foi à análise temática e através desta pôde-se localizar os “núcleos do sentido” (BARDIN, 1977) que emergiram como significativos para os objetivos da análise da pesquisa, e, direcionando-se para a análise das entrevistas os temas foram as unidades de registro para que se pudesse investigar as atitudes, tendências, percepções dos sujeitos imbricados sobre as categorias definidas no item anterior.

Bardin (1977) afirma que qualquer comunicação deveria poder ser escrita e decifrada pelas técnicas de análise de conteúdo e no caso deste estudo, boa parte da comunicação feita, permitiu que os “núcleos de sentido” aumentassem a compreensão do conteúdo analisado.

Assim o tratamento analítico baseou-se na análise categorial temática descrita no item 4.5, a fim de que estas pudessem responder aos objetivos da pesquisa.

## **5.7 Limitações do Método**

Algumas limitações metodológicas foram encontradas impulsionando-me a refletir sobre o caminho tomado pela pesquisa.

Refletindo a partir de Goldenberg (1998, p. 13) na qual “a pesquisa é um processo em que é impossível prever todas as etapas”, as mudanças significativas ocorridas no período da coleta de dados e ainda quando da finalização destes, traziam

inquietação e dificuldade em fechar o trabalho e considerá-lo concluído. Dessas mudanças que geravam diversas dificuldades, destacam-se as trocas de Coordenação do Programa Mais Vida, as reformulações do Programa Terapêutico das CMC, as redefinições dos fluxos entre as unidades de saúde para atenção aos usuários de álcool, fumo e outras drogas, os embates político-ideológicos no interior do Programa Mais Vida, entre outros.

Assim, foi necessário “o confronto permanente entre o possível e o impossível, entre o conhecimento e a ignorância” (GOLDENBERG, 1998, p. 13) a fim de chegarmos a algumas considerações.

A realidade institucional junto as Casas do Meio do Caminho e da própria Rede de Atenção Integral aos Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas de Recife, foi sendo modificada durante o tempo, e, no decorrer da pesquisa, algumas observações foram captadas através da minha inserção como *observadora participante* (CRUZ-NETO, 1994), utilizando o Diário de Campo como fiel depositário de registro das mudanças ocorridas no processo. De modo que se tornou necessária nova pesquisa documental devido a estas mudanças institucionais, pois novos documentos foram produzidos no processo.

Mesmo com a perspectiva colocada por Cruz-Neto (1994) aqui já refletida, senti que o envolvimento com o objeto foi de tal proporção que o distanciamento necessário tornou a avaliação da política enquanto metodologia (DONABEDIAN, 1984; HARTZ, 2005; MINAYO, 2006) e a análise de conteúdo (BARDIN, 1977) enquanto método de análise de difícil realização. Ou seja, as categorias definidas (integralidade macro e micro, com os “núcleos de sentido” de cada uma delas) tornaram-se muito mais um relato histórico que apresentou aspectos desconhecidos, que no sentido de um “descortinamento” sobre os significados atribuídos em uma análise de conteúdo propriamente dita.

Durante todo o processo da pesquisa, diversas observações feitas no campo, ou seja, junto as CMC, retornavam como um “furacão de questionamentos” e idiossincrasias postas a partir da realidade institucional encontrada. Diversos elementos, tais como critérios de admissão nas Casas, tempo de albergamento,



fluxos estabelecidos na rede de atenção, regras e normas internas, precarização dos vínculos dos acompanhantes terapêuticos, entre outros aspectos inicialmente encontrados, foram paulatinamente e constantemente sendo modificados; o que nos impossibilitou “fechar” a “narrativa” que ainda se encontra em pleno desenvolvimento.

## **5.8 Aspectos Éticos**

Esta pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/FIOCRUZ), sob o registro N<sup>o</sup> 32/07. Através do parecer N<sup>o</sup> 027/2007, emitido em 12 de julho de 2007, o projeto foi autorizado permitindo a realização do estudo ora apresentado.

À medida que marcávamos as entrevistas, condicionávamos a participação dos entrevistados à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices H, I, J, K, L, e, M) e ainda a leitura de uma carta produzida pela autora (Apêndices C, D, E, F, e G) de modo que os objetivos da pesquisa ficassem esclarecidos. Neste momento era solicitada a colaboração de todos os entrevistados, dando-lhes ciência de que o material gravado em MP3 seria posteriormente transcrito.

O compromisso assumido através do TCLE exigiu uma codificação natural para a preservação da identidade dos sujeitos, deixando apenas os cargos e funções assumidos para compreensão dos leitores quanto aos papéis de cada um (Quadro 3, p. 80).

# **R**ESULTADOS E DISCUSSÃO



## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Quando Cecílio (2006, p. 113) nos faz refletir dizendo que “a integralidade da atenção nos obriga a enxergar que “o micro” está no “macro” e o “macro” está no “micro”, e que esta recursividade, mais do que uma formulação teórica, tem importantes implicações na organização de nossas práticas”, consideramos que este exercício de subdividir a análise dos diversos aspectos encontrados junto às Casas do Meio do Caminho é um exercício ainda em construção.

As categorias aqui escolhidas para análise vieram a partir das falas, advindas das entrevistas, da observação feita *in lócus* e dos vários questionamentos feitos enquanto profissional da Saúde Mental e enquanto Coordenadora de uma das Casas. No entanto, outras “variáveis” foram deixadas para posterior avaliação, visto a própria natureza do objeto que ainda encontra-se híbrida e a metodologia escolhida para este trabalho não seria capaz de contemplar a diversidade de aspectos trazidos no decorrer do processo de pesquisa.

### **6.1 A Compreensão sobre a Integralidade Junto aos Serviços de Álcool e Outras Drogas de Recife**

As diretrizes em que o SUS foi montado nasceram de um lócus de oposição e de crítica ao modelo de sistema de saúde vigente na época. Assim, avaliar o SUS, reconhecer que seus princípios ainda não atendem ao que foi idealizado, torna-se uma tarefa difícil em nossa cultura, “na qual nos habituamos a criticar os adversários mais do que os aliados ou a nós mesmos” (MATTOS, 2006, p. 43).

No entanto essa é uma tarefa necessária para avaliação de qualquer serviço de saúde. E analisando a pertinência das CMC na Rede de Atenção aos Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas de Recife, foi preciso considerar qual a compreensão sobre o princípio da Integralidade que os profissionais, especialistas e usuários têm sobre este serviço.

Salta aos olhos a dificuldade que muitos profissionais de saúde têm em conceber o que seja a integralidade. Alguns estão inseridos no SUS e atuam diretamente no serviço público. Outros cobram desses serviços, através do controle social e de sua inserção no movimento social, que ofereçam uma atenção integral. No entanto, parecem ter dúvidas conceituais e pragmáticas quanto ao que seja, de fato, a integralidade no SUS:

Eu não sei dizer o que eles querem dizer com esse termo “integralidade”, mas a coisa mais próxima que eu suponho que seja integralidade seria você abordar os diferentes aspectos da questão que estão envolvidos. Abordar os aspectos multidisciplinares – dos médicos, psicológicos até os aspectos legais, sociais... ou seja, o indivíduo ser visto sob vários pontos de vistas diferentes... Eu não sei se é isso que o SUS quer dizer... (informação verbal)<sup>42</sup>

Percebe-se que essa fala, apesar de apresentar um certo tom de dúvida quanto ao conceito, não se encontra distanciada do que é preconizado pelo princípio do SUS principalmente na vertente defendida por Mattos (2006), quando reflete sobre os sentidos atribuídos à integralidade. Para ele, as especificidades atribuídas ao conceito integralidade podem ser justamente avaliadas a partir das práticas e políticas desenvolvidas no processo da reforma sanitária brasileira e do projeto de sociedade que se deseja para o Brasil.

No entanto, a questão “multidisciplinar” já deveria estar superada, no sentido de que o termo e a concepção da “interdisciplinaridade” se aproximariam com maior legitimidade ao que se almeja quando se trata do princípio da integralidade.

Outra fala é trazida de forma confusa quanto à concepção do que seja a integralidade junto ao serviço oferecido na CMC. Para um Profissional de Nível Superior que desenvolve suas atividades numa das CMC a integralidade se dá a partir do trabalho com a coletividade dos usuários presentes no serviço:

É trabalhar com todos. Todos juntos nesse momento de abordagem em grupo, integralidade... Porque toda abordagem que é feita na Casa é em grupos e todos participando integralmente. Todos ajudando uns aos outros e todos evoluindo dentro do tratamento, através dessa forma... (informação verbal).<sup>43</sup>

---

<sup>42</sup> Especialista em AD 1.

<sup>43</sup> Profissional Nível Superior 1.

Observa-se a dificuldade de compreensão do que seja a integralidade enquanto um princípio norteador do SUS. Volta-se apenas para a questão das ações e das atividades desenvolvidas localmente, como se o simples fato de atuar junto a um grupo de pessoas e estimulá-los a trabalharem em grupo, fosse desenvolver um trabalho integral.

Segundo Mattos (2006), o próprio texto constitucional não utiliza essa palavra, e sim, a expressão “atendimento integral”. No entanto, o termo integralidade tem sido naturalmente utilizado para designação desse princípio do SUS através dos doutrinadores jurídicos que o elencam.

Uma das Coordenadoras da CMC afirma: “Sabe que eu nunca tinha pensado nisso? Nessa coisa de integralidade? Foi bom isso acontecer... Depois dessa entrevista eu vou até ver o que é isso!” (informação verbal).<sup>44</sup>

Um usuário afirma que desconhece o que seja este princípio, mas ao ser explicado e novamente questionado, diz: “Agora que a senhora falou eu sei o que isso quer dizer... É quando eu preciso ir em outro médico que não tem aqui no albergue e vocês dão um jeito de me levar” (informação verbal).<sup>45</sup>

Observa-se que o usuário, mesmo sem saber conceituar teoricamente, aponta para a integralidade ampla ou macro (CECÍLIO, 2006), visto que compreende a necessidade de uma rede articulada de serviços, na qual a referência e a contra-referência, e ainda, a intersetorialidade são fundamentais para a garantia deste princípio (ALVES; GULJOR, 2006).

Estas observações não pretendem “culpabilizar” os profissionais, técnicos e especialistas por não saberem conceituar o que seja integralidade. Afinal, apenas a aceção da palavra não à garante na práxis. Alguns certamente desenvolvem ações e práticas integradoras sem que saibam que existe um termo que as conceitua. No entanto, fica o questionamento quanto ao distanciamento encontrado entre a teoria e a prática em alguns discursos trazidos neste estudo.

---

<sup>44</sup> Coordenador da CMC1.

<sup>45</sup> Usuário de AD 1.

Questiona-se o desconhecimento do que seja a integralidade, por parte de profissionais, técnicos e especialistas que atuam no âmbito da Saúde Pública: este se dá pela não formação destes, mesmo antes de suas entradas no serviço público ou ainda pela falta de uma capacitação em serviço que busque minimizar essa lacuna não só conceitual? Certamente tal desconhecimento traz conseqüências negativas na condução das ações e atividades junto aos usuários do serviço, podendo comprometer a sua atuação profissional, caso este conceito enquanto função não seja incorporado.

Por outro lado, alguns técnicos e especialistas já incorporaram o caráter polissêmico do termo (MATTOS, 2006), inclusive considerando a questão específica do uso, abuso e/ou dependência de drogas, pode-se ver que:

[...] não se pode dentro do conceito de dependência de álcool e outras drogas, não considerar a integralidade, [...] o processo da dependência é um processo que envolve várias áreas não só do conhecimento humano no seu estudo, mas, do mundo humano na sua efetivação, no seu desenvolvimento, ou seja, a dependência tem a ver com o espaço psíquico da pessoa, tem a ver com o espaço social e tem a ver com o espaço corpo, é o biológico. [...] o processo de adoecimento é um processo que ele é multideterminado. Você não pode criar um espaço que só responda a uma demanda do processo do adoecimento. Então, se pra adoecer, a pessoa tem um componente constitucional ou fisiológico, tem um componente psicológico e um componente social ou sócio-familiar, não há como você pensar em tratar sem ser integrando esses três aspectos [...] (informação verbal)<sup>46</sup>.

Há ainda a compreensão, refletida por Lacerda e Valla (2005), de que por si só, uma única ação de saúde não dará conta da integralidade do sujeito. Esta reflexão foi encontrada no relato abaixo considerando a Rede de Saúde Mental, e que esta sozinha não consegue dar conta das especificidades relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas quando se considera o princípio da integralidade:

Veja, se a gente partir de pensar que a integralidade é você garantir acesso a população a todos os níveis de atenção a saúde, você garantir a integralidade e dar atenção à pessoa, de você responder a todas as necessidades da pessoa, a rede de saúde mental por si só não dá conta (informação verbal)<sup>47</sup>.

---

<sup>46</sup> Ex-gestor da SMS 2.

<sup>47</sup> Diretor de DS.

Além do mais, Saraceno (2001 apud ALVES, 2006a, p. 170), insiste “na necessidade de se superar a idéia de modelos e trabalhar com premissas” a fim de que a qualidade de um programa ou projeto em saúde mental incorpore o conceito de acessibilidade, “onde a assistência é apenas um dos itens obrigatórios de qualquer proposta abrangente, cidadã e ética”. Essa idéia aparece também no mesmo relato:

Então dentro do CAPS ele já tem uma equipe que já garante uma assistência. Que ele precisa muito pouco de buscar outros, se for pensar em saúde mental, buscar outros serviços, porém como a pessoa não é feita só de saúde mental, tem todas as outras questões, que inclusive, vem a comorbidade do uso da droga. Então assim, a gente tem hoje uma rede que garante uma, não vou dizer uma integralidade total, a gente garante a possibilidade desse acesso (informação verbal)<sup>48</sup>..

De modo que a integralidade é compreendida por vários profissionais envolvidos no trabalho junto à população usuária de AD, como a oferta e articulação de ações e serviços de caráter preventivo ou curativo, que sejam individuais ou coletivos, e que de forma integral e simultânea busquem garantir as ações de proteção, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990). Segundo Maia (2007) essa é a concepção de Barata e Santos (2004) que pode ser iniciada em cada serviço, mas que só se completará numa rede regional de serviços voltados à melhoria dos níveis de saúde da população (BARATA; SANTOS, 2004 apud MAIA, 2007).

Quando se pensa na magnitude do problema das drogas é difícil imaginar uma atenção integral que dê conta de toda a complexidade existente. Só para lembrar, sabe-se que o uso do fumo já é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a maior causa de adoecimento e morte por causas evitáveis da atualidade, responsável por 200 mil mortes anuais no Brasil e 4.900 mil mortes/ano no mundo. Essa magnitude é maior que a soma das mortes provocadas pela AIDS, álcool, cocaína, heroína, acidentes de trânsito, incêndios, suicídios e homicídios, o que lhe confere o status de uma pandemia (BRASIL, 2003a).

Considerando as pesquisas internacionais sobre dependência de substâncias psicoativas, estas sugerem que cerca de 10% da população usuária poderá desenvolver dependência ou problemas decorrentes de seu uso abusivo, (COTRIM, 1999; SILVEIRA; MOREIRA, 2006), assim:

---

<sup>48</sup> Diretor de DS.

[...] 10% de Recife significa 150 mil pessoas, não é o equipamento de saúde que vai dar resposta a essas 150 mil pessoas que estão com dependência [...] e se um equipamento de saúde vai ser prioritário, esse equipamento de saúde não será o CAPS, terá que ser a atenção básica. Então, dentro da rede que o que foi previsto não está acontecendo como deveria acontecer é o desenvolvimento de grupos dentro da atenção básica pra dar conta daquelas dependências que não precisaria ir pra um ambiente especializado (informação verbal)<sup>49</sup>.

A afirmação feita é corroborada pelos dados do Plano Municipal de Saúde (PMS), de 2005, no qual o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) traz um quantitativo de apenas 13.500 pessoas (cerca de 1,4% da população) declaradas como alcoolistas. O PMS também ressalta que há uma média de internação mensal de 25 pessoas decorrente de abuso de álcool e que o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) registrou em 2004, o número de 1.151 internações por causas específicas advindas do uso de álcool. O PMS alerta sobre as sub-notificações que geralmente envolvem esse tipo de questão, mas não reflete sua motivação (RECIFE, 2005a). O PMS refere ainda que, segundo o MS, 18% da população de Recife é tabagista, mas, no entanto, não faz referência ao consumo das drogas ilícitas em seu texto; o que é algo preocupante visto os diversos relatos e a observação empírica de que o perfil do consumo de crack de Recife, por exemplo, esteja numa escala crescente: “Antes eu não tinha problema com droga não... só usava maconha. Mas essa pedra, esse crack, isso foi o fim da minha vida [...] tem muita gente se acabando lá no Beraldo por conta dessa pedra...” (informação verbal)<sup>50</sup>.

Será que a dificuldade em perceber e lidar diretamente com a questão das drogas, se dá pela não compreensão que este público, também a pessoa que usa drogas, é sujeito de direitos? E que é seu direito receber uma atenção integral? (PETUCO, 2006). Será que a sub-notificação se dá justamente pela ausência de compreensão que se tem da necessidade de um olhar integral do sujeito por parte dos profissionais da saúde? Para uma atenção integral, os problemas decorrentes do uso de drogas precisam ser levados em consideração, quando tratamos de oferecer o cuidado seja em qualquer nível de atenção. Esses questionamentos parecem encontrar vazão no exposto desconhecimento trazido pelo Gestor da Atenção Básica quanto à organização da Rede de AD do município, ou seja, quais serviços e

<sup>49</sup> Ex-gestor da SMS 2.

<sup>50</sup> Usuário 2.



equipamentos compõem esta Rede: “[...] acho que tem um, que eu já ouvi falar da rede, acho que tem ali no distrito I, onde era ao lado do IMIP, funciona também o Oscar Coutinho [...]”(informação verbal)<sup>51</sup>.

Apesar de expressar sua compreensão sobre o princípio da integralidade, questionamos como se pode trabalhar a notificação dos casos de problemas decorrentes do uso de álcool e drogas no Programa de Saúde da Família (PSF), se, minimamente, a Rede de Atenção de AD é desconhecida pelo gestor que coordena os profissionais responsáveis por parte dos encaminhamentos?

Mais uma vez ressalta-se que apenas conhecer teoricamente sobre determinada questão não significa que sua práxis seja melhor ou pior, no entanto a responsabilidade sanitária sobre determinado contexto deve impulsionar que teoria e prática estejam de mãos dadas:

A integralidade a gente vê como uma atenção integral a essa pessoa e essa atenção com resolutividade em todos os níveis de assistência, desde a porta de entrada da atenção básica, caso ele necessite, até um nível mais acima. Agora eu não sei direito quais são as unidades de tratamento daqui não (informação verbal)<sup>52</sup>.

As recentes trocas de cargos no seio da Secretaria de Saúde poderiam justificar o atual desconhecimento de alguns gestores quanto a algumas especificidades da questão, mas, certamente, a necessidade de uma capacitação junto aos profissionais da atenção básica para a percepção dessa população se faz necessária. Haja visto que recentemente cerca de 70%<sup>53</sup> dos profissionais do PSF foram substituídos a partir do concurso realizado em 2007 pela Secretaria de Saúde de Recife.

Moraes (2005) reflete que, mesmo presente nos discursos e práticas, a atenção integral ainda esbarra na pouca compreensão que profissionais e usuários têm da complexidade que envolve o cuidado e a atenção às pessoas que usam drogas. De um modo geral, tanto os profissionais quanto os usuários, ainda consideram a

---

<sup>51</sup> Gestor da Atenção Básica.

<sup>52</sup> Gestor da Atenção Básica.

<sup>53</sup> Informação coletada através da entrevista feita com o Gestor da Atenção Básica da Secretaria de Saúde de Recife (Novembro de 2007).

pessoa como doente, a medicalização como a alternativa prioritária e ainda esperam que modelos considerados ultrapassados pela Reforma Psiquiátrica dêem conta da complexidade do problema. Por parte dos usuários ainda há a forte “crença” de que num “passe de mágica”, um serviço de saúde ou a simples entrada para uma consulta, resolva o problema.

Essa reflexão encontrou eco nos seguintes relatos: “Olhe doutora, o que eu quero é que ele saia daqui bom, curado... Que ele deixe essa droga pra lá e volte a ser o homem bom que ele era” (informação verbal)<sup>54</sup>. e; “Eu vim pra cá porque aí eu posso tomar esses remédios e ficar bom. Eu quero deixar esse troço porque tá me acabando” (informação verbal)<sup>55</sup>.

Corroborando com as reflexões de Moraes (2005), a reinserção social também foi citada como um dos maiores desafios para uma atenção integral:

É muito difícil se dizer que se faz uma atenção integral... que a gente cuida da integralidade do sujeito... Quando o cara sair daqui, vai pra onde? O que é que ele vai fazer? Vai voltar a usar droga! Essa é a única alternativa que ele tem<sup>56</sup> (informação verbal).

Percebe-se que a compreensão sobre a Integralidade junto aos serviços de AD de Recife abre uma série de enfrentamentos necessários de serem feitos. Estes vão desde a simples compreensão do que seja Integralidade enquanto conceito à de uma efetiva inserção desde princípio nas ações e atividades enquanto função terapêutica e social.

## **6.2 A Integralidade Micro nas Casas do Meio do Caminho**

Pontuando que Cecílio (2006) considera como integralidade micro aquela focalizada num serviço de saúde, sendo delimitada a partir das demandas específicas deste espaço, fez-se necessário compreendermos o que são as Casas do Meio do

---

<sup>54</sup> Familiar 1.

<sup>55</sup> Usuário 2.

<sup>56</sup> Profissional Nível Médio 2.

Caminho, como surgiram, quais seus objetivos, que público é demandado para este equipamento de saúde, quais suas especificidades, avanços e limites.

### 6.2.1 A Originalidade da Proposta

Para o entendimento do que vem a ser as CMC e poder observar o princípio da integralidade em seu seio, é preciso observar qual a compreensão do modelo no qual foi inspirada.

Pouco se sabe sobre este, enquanto concepção teórica, enquanto função terapêutica e de saúde, dentro da própria estrutura do Programa Mais Vida, muito menos na comunidade científica, visto que não há estudos sobre este, ou ainda pelos profissionais e especialistas que trabalham com a questão de álcool e drogas e da Redução de Danos.

Tal constatação é observada em diversos depoimentos, pois alguns entrevistados demonstram o desconhecimento total da origem do modelo: “[...] bem assim, o embasamento teórico deve ter... agora de fato eu desconheço, nunca li, nunca parei pra ler realmente não... (informação verbal)<sup>57</sup>.

Eu não sei o que fundamenta, enfim, não participei dessa formulação. Não sei o que é que fundamenta e aí, assim, vendo o projeto da Casa do Meio do Caminho, pra mim remonta o CPTRA, você sabe que ele<sup>58</sup> era diretor do primeiro... o serviço foi inaugurado a partir de um projeto que ele era o coordenador desse projeto, desse espaço de acolhimento, mas, o que fundamentou a Prefeitura da Cidade do Recife no projeto, não faço a menor idéia (informação verbal)<sup>59</sup>.

Outros falam dessa origem na perspectiva apenas da Comunidade Terapêutica, trazendo alguns acréscimos teóricos, mas ainda sem levar em consideração a

---

<sup>57</sup> Diretora de DS.

<sup>58</sup> O entrevistado refere-se ao criador da Casa do Meio do Caminho, no modelo da proposta de Recife. Evaldo Melo de Oliveira foi Diretor do Hospital Ulysses Pernambucano de 1987 a 1990 e também foi o primeiro Diretor do CPTRA. Atuou como Secretário Adjunto de Saúde no período de 2003 a 2006 e Secretário Executivo de Saúde de 2006 a 2007, na cidade de Recife.

<sup>59</sup> Profissional Nível Superior 2.

inserção da CMC no SUS. Ou seja, há pouca reflexão trazida, por exemplo, sobre a questão do caráter público da proposta:

E assim o que eu sei dos Albergues Terapêuticos é que eles são espaços criados pela saúde e que, eles estão servindo exclusivamente para aqueles que necessitam dos serviços de saúde mental, álcool e outras drogas e, que eles têm uma série de regras de funcionamento, não sou absolutamente capaz de dizer quais são elas, mas sei que o usuário chega e entra e fica um número X de dias, aí isso me lembra o CPTRA no começo, como funcionava antigamente, como um serviço que as pessoas entravam e ficavam de 30 a 60 dias fazendo um tratamento (informação verbal)<sup>60</sup>.

[...] não tá claro, pra mim, a concepção. O que sempre me vem à cabeça quando eu penso nessa CMC é uma comunidade terapêutica religiosa. Só que não vai usar a religião como objeto (informação verbal)<sup>61</sup> e,

[...] das comunidades terapêuticas! Na verdade, foi uma inspiração para iniciar uma caminhada; começou por aí. A experiência de Trieste também de alguma forma contribuiu. Que eu saiba foi isso. Como espaço de convivência. A idéia de espaço de convivência; ela é mais prevalente. E ao mesmo tempo eu discordo do modelo não-médico. Isso é uma coisa minha. Eu acho que essa idéia da concepção do modelo não médico, eu discordo. Se você tem uma ótica de trabalho interdisciplinar, já tá dizendo que vai dar o mesmo peso de olhar as várias disciplinas, as várias profissões: psicologia, terapia ocupacional, psiquiatria, etc. Não é um modelo não-médico, é um modelo interdisciplinar... (informação verbal)<sup>62</sup>.

Mattos (2006) nos lembra que a constituição brasileira reconhece a relevância pública das ações e serviços de saúde, de modo que o que caracteriza o SUS é justamente o seu financiamento público.

Assim, uma de nossas observações diz respeito ao fato de que anteriormente a esta proposta, em Recife, e certamente na maior parte do Brasil, quem cuidava desse público específico para albergamento, ou seja, que demandavam um espaço diferenciado de tratamento, eram as comunidades terapêuticas e/ou algumas clínicas privadas.

Já referimos que a saúde pública brasileira demorou muito em se ocupar da maneira devida com os graves problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005a) apesar de atualmente a maioria dos serviços de atenção aos usuários de AD estarem inseridos no SUS (DELGADO, 2004). Tanto a prevenção

---

<sup>60</sup> Especialista em AD 4.

<sup>61</sup> Especialista em AD 6.

<sup>62</sup> Coordenador da CMC 2.

como o tratamento ficaram por demasiado tempo como uma lacuna nas políticas públicas de saúde:

[...] deixando-se a questão das drogas para as instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência, associações religiosas. A complexidade do problema contribuiu para a relativa ausência do Estado, e possibilitou a disseminação em todo o país de "alternativas de atenção" de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência. Esta rede de instituições – em sua maioria filantrópicas – cumprem um papel relevante, e apontam a necessidade de assunção pela saúde pública de uma política mais clara e incisiva para o problema (BRASIL, 2005a).

Apesar de todo o avanço na recente história da construção da política de AD no Brasil, Martins (2003) reflete o quanto as ofertas terapêuticas destinadas aos usuários de drogas ainda se baseiam nas sanções penais ou num diagnóstico de doença mental, resultando sobremaneira em encarceramentos e regimes fechados de tratamento.

Para se ter uma idéia do quanto essa “herança moralista e penal” (MARTINS, 2003, p. 106) ainda ocupa as ações de promoção, assistência, prevenção e recuperação, principalmente nos serviços ofertados para tratamento de usuários de álcool e drogas, temos o relato abaixo numa visível contramão da tendência de superação dos modelos asilares:

[...] numa das Casas existia uma planilha de advertências. Todo comportamento considerado transgressor ou inadequado dava uma advertência e anotava lá... No final de três advertências, o usuário recebia alta administrativa. Depois de muita discussão lá no Mais Vida, essa planilha foi abandonada. Todo mundo perguntava qual era a função terapêutica dela e qual a teoria que fundamentava ela existir. Mas tinha gente que gostava... e achava que era certo... e que assim o usuário ia aprender a respeitar as regras... (informação verbal)<sup>63</sup>..

A partir deste relato, recorremos ao slogan da Reforma Psiquiátrica “Por uma sociedade sem manicômios” a fim de afirmarmos que o “manicômio”, perpetua-se sobremaneira na ideologia e forma de ver o mundo de quem faz a ação na ponta. Ou seja, nem sempre é o modelo em si, em sua concepção original, que é asilar e manicomial, por vezes criam-se instrumentos que transformam a proposta em algo

---

<sup>63</sup> Profissional Nível Superior 3.

que servirá para a manutenção do controle e disciplinarização dos corpos através do Estado (CARNEIRO, 2002).

Também a construção ideológica das CT e das Fazendas de Tratamento<sup>64</sup> precisam ser observadas na criação de um serviço baseado em sua concepção para o SUS. Se por um lado as CT surgiram como uma tentativa de controle das drogas baseadas na modificação do comportamento e na busca de uma sociedade sem drogas, utilizando a auto-ajuda como abordagem prioritária, e, ainda apresentam uma clara motivação ética e espiritual (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS, 2001), por outro, a tentativa de buscarem uma terapêutica fora das correntes psiquiátricas, psicológicas e médica, considerando todo o ambiente terapêutico propiciado (GEORGE DE LEON, 2003) parece-nos um viés relevante a ser considerado.

As pensões protegidas inglesas e americanas surgiram como ligação entre os hospitais fechados e a comunidade (ROTHWELL; DONINGER, 1962). Uma de suas funções originais (WAYNE, 1962) era ajudar pacientes, portadores de transtornos mentais, a reajustarem-se à vida na comunidade, depois de viverem em instituições privadas:

[...] uma pensão protegida ajuda a resolver o dilema do paciente que não mais necessita do regime cuidadosamente supervisionado do hospital, mas que ainda não está preparado, pronto para desempenhar um papel independente na comunidade externa (WAYNE, 1962).

Observamos que as CMC, também baseadas no modelo das pensões protegidas, surgem em Recife como um espaço complementar na rede de saúde, ampliando sua função para, além do espaço de tratamento, ser também um espaço de proteção e um espaço intermediário entre um serviço de saúde mais fechado (como a UD, por exemplo) e um serviço mais aberto (como o CAPSad):

[...] para receber pessoas que estavam exatamente como dava o nome - meio do caminho - entre uma hospitalização ou uma desintoxicação mais formal [...] uma estratégia intermediária para que as pessoas pudessem alcançar a dimensão ambulatorial, e portanto, ter autonomia e de cuidar da sua vida, digamos assim, fora do sistema mais fechado de saúde. Essas

---

<sup>64</sup> As Fazendas de Tratamento são assim chamadas por existirem em áreas de zona rural, mas funcionam na perspectiva das CT (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS, 2001).

Casas do Meio do Caminho seriam umas casas intermediárias, numa posição intermediária que, não é em tanto aquilo da unidade de desintoxicação, nem ambulatório de acompanhamento pura e simplesmente. Então eu entendo essa Casa do Meio do Caminho como sendo indispensável, uma novidade (informação verbal)<sup>65</sup>.

Percebe-se que de um modo geral, no Brasil, as pessoas que saem do serviço mais pesado, chamemos assim as UD que requerem uma monitoração mais intensiva e constante das funções vitais do usuário (PILLON; NÓBREGA, 2001), em sua maioria, caem imediatamente numa posição de abandono, no sentido que não há, no setor público, serviço específico para esse fim, que cuide desse sujeito, ou vão para um ambulatório, que de modo geral é considerado um serviço frágil diante das dificuldades encontradas no afunilamento dado para seu acesso.

Esse afunilamento é percebido em Recife como um todo, em função do crescimento da rede básica de atenção que não foi acompanhada da mesma forma na média complexidade (CABRAL et al., 2005). Há um acúmulo de agendamentos das necessidades emergidas com a expansão do cuidado principalmente a partir da expansão do PSF e, no caso dos usuários de AD, pela expansão dos CAPSad e a consequente busca pelo especialista no ambulatório de saúde mental.

Também uma grande parte da população usuária de drogas, em muitos locais do país e do mundo, que busca a desintoxicação, ao retornar para sua vida comum, encontra-se muitas vezes com a possibilidade da recaída ao se confrontar com a possibilidade do consumo, ou, simplesmente porque ainda precisaria de um tempo de readaptação para fortalecer sua escolha, seja de manter-se em abstinência ou reduzir o uso.

O que antes era negligenciado pelo setor público e assumido apenas pelas comunidades terapêuticas, surge em Recife com a proposta de ser um serviço diferenciado na atenção aos usuários de AD, de modo que A CMC traz um novo diálogo possível na atenção aos usuários de AD:

[...] por mais que as pessoas não queiram nada com o hospital psiquiátrico, o modelo que as pessoas têm ainda é de hospital psiquiátrico! Então os gestores da saúde e os gestores da saúde mental em específico, eles têm

---

<sup>65</sup> Especialista em AD 4.

dois modelos: o modelo do hospital psiquiátrico e o modelo da comunidade terapêutica, que pra gente em Pernambuco não é um problema, mas pro Brasil inteiro é um problema. [...] eu fui agora em Uberlândia, lá não tem nenhum espaço fora o hospital psiquiátrico, agora que tem o CAPSad, mas tem comunidade terapêutica que vem fazendo isso a dezenas de anos. Então há no gestor público a dificuldade em reconhecer esse espaço, porque esse espaço nem é um hospital psiquiátrico nem é a comunidade terapêutica, embora, ele seja um espaço muito mais parecido com a comunidade terapêutica do que qualquer coisa (informação verbal)<sup>66</sup>.

Esse serviço então, que se baseia em modelos de comunidades terapêuticas, por outro lado, também propõe o rompimento com o modelo asilar e excludente de algumas delas.

Certamente a avaliação de impacto sobre os indicadores de saúde a partir destes modelos precisa de averiguação científica, bem como a observância do que o informante acima considera como as comunidades terapêuticas não serem um problema em Pernambuco. Pois não fica clara em que sentido essa afirmação se dá. É fundamental que atentemos para a advertência que George de Leon (2003, p. 27) faz sobre o “perigo de serem introduzidas práticas que contrariem a essência da proposta” da CT.

Tais reflexões também permearam as discussões internas na Secretaria de Saúde de Recife quando da criação das CMC, pois para alguns que compunham a área da saúde mental, antes de se decidir sobre a criação dos serviços deveria haver maior debate sobre alguns pontos, entre eles:

[...] considerando que a gente acreditava e defendia que eram os leitos no hospital geral que poderiam dar essa retaguarda [...] Financeiramente, como ia sustentar? Do ponto de vista do modelo, o que é que respaldava? Teria demanda? Qual seria o sentido? Então tinha uma série de coisas que naquela época terminaram não sendo discutidas. Havia divergências, não havia mesmo espaço para discussão, havia uma decisão mesmo de um determinado modelo. [...] na época, tendo como referência a política nacional, vinha muito assim: Essa CMC tá muito com a cara das comunidades terapêuticas... e era uma época que a gente, inclusive, a nível nacional, vinha fazendo uma discussão em relação às comunidades terapêuticas... Qual é a função? Se era a estratégia que o poder público queria investir ou muito mais no sentido de controlar, de avaliar, de monitorar as que existiam por parte da sociedade civil? Mas questionando muito se ela era uma estratégia potente para o poder público utilizar. E se a gente trabalhava com a questão da redução de danos, e o albergue ou você se isolar, implicaria também num processo de abstinência, como é que isso na prática...? Então tinha uma série de questionamentos, mas que, na

---

<sup>66</sup> Ex-gestor da SMS 2.



verdade, não teve espaço pra se maturar isso, pra se discutir. Era uma decisão. E do ponto de vista da política nacional, ia de encontro, né? Aí a gente poderia fazer várias análises, né? (informação verbal)<sup>67</sup>.

De um modo geral, quando se fala das CMC, bem como do Programa Mais Vida em si, tanto os profissionais do referido programa, quanto os especialistas, referem-se a uma proposta personalizada na figura de seu criador local. Ou seja, se atribui a esta pessoa a capacidade criadora para inserção do modelo no SUS, pelo fato de ele ter sido Secretário de Saúde e ter podido, por opção política e ideológica, investir na proposta: “[...] eu conhecia muito o trabalho dele no RAID, e depois soube que ele virou Secretário e que ele estava montando todas aquelas estruturas, tentando fazer uma rede maior” (informação verbal)<sup>68</sup>. “O Programa Mais vida acho que nasceu primeiramente da questão política, acho que quem tava na época idealizou esse programa enfim, até porque a gente não existia ainda aqui...” (informação verbal)<sup>69</sup>.

[...] quando se desenhou o modelo do Programa +Vida, que é bastante interessante, tinham algumas discordâncias, como por exemplo: a história do CAPSad 24h, né, a gente não via da saúde mental..., só que a gente não teve espaço suficiente para fazer essa discussão, porque as coisas foram desenhadas e definidas, eu acho, na época... a gestão bancou... eu acho que tinha uma idéia predominante de toda a experiência de Evaldo, de toda a concepção dele - que eu acho que é uma forma de pensar a política, mas que, pensando a política nacional vigente, pensando um pouco a trajetória da saúde mental e nas poucas discussões dentro da política que a gente vinha fazendo, algumas coisas iam de encontro. Por exemplo, a implantação dos CAPSad, a gente considera super importante, mas questionava muito a história do CAPSad 24h, considerando que a gente acreditava e defendia que eram os leitos no hospital geral que poderiam dar essa retaguarda [...] tinha uma série de coisas que naquela época terminaram não sendo discutidas. Havia divergências, não havia mesmo espaço para discussão, havia uma decisão mesmo de um determinado modelo. [...] financeiramente, como é que vou viabilizar esse serviço? Não é reconhecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é um serviço que não vai ter uma produção e eu vou ter um problemas na sustentabilidade dele. Esse era um dos pontos... (informação verbal)<sup>70</sup>.

Excluindo a reflexão acerca do financiamento desse serviço, visto que não trataremos deste aspecto, algumas das falas acima e outros relatos trazem repetidamente a idéia de que as Casas não existem no SUS, apesar da existência da resolução da ANVISA (BRASIL, 2001a), que trata das comunidades terapêuticas, mas que não foi referida por nenhum dos profissionais entrevistados. Isto porque

---

<sup>67</sup> EX-gestor da SMS 1.

<sup>68</sup> Especialista em AD 1.

<sup>69</sup> Coordenador da CMC 1.

<sup>70</sup> Ex-gestor da SMS 1.

não sendo consideradas no interior da Secretaria de Saúde como uma CT e não sendo normatizadas nem havendo portarias regulamentadoras, como ocorre com os demais serviços (CAPSad, UD e ambulatórios de saúde mental), as CMC não “existiriam” enquanto unidades reconhecidas pelo sistema público:

[...] a proposta está ameaçada em sua continuidade porque é um equipamento 100% financiado pelo município... não tem o respaldo fundo a fundo do MS, e seu processo de reconhecimento enquanto uma unidade de saúde pra tratamento de usuário de droga, só se dá aqui em Recife... é como se elas não existissem no SUS (informação verbal)<sup>71</sup>.

No entanto, Wilson (2000 apud COSTA, 2003) esclarece que política pública é um conjunto de ações advindas do governo que produzirão determinados efeitos. Desse modo, também as CMC devem ser consideradas um autêntico serviço de saúde, visto que a ação governamental de criá-las está baseada na proposta de alterar a situação inicial encontrada, ou seja, a falta de um serviço de saúde específico para esta população e demanda específica.

Costa (2003) referindo-se aos conceitos existentes para se analisar as políticas públicas busca em Araújo (2000) a idéia de que estas podem ser entendidas como um conjunto de ações conduzidas por um ator, ou por um conjunto de atores, referentes a um determinado problema, buscando sua legitimidade (ARAÚJO, 2000 apud COSTA, 2003). Este parece ser o caso aplicado as CMC inclusive como uma possibilidade do princípio da integralidade se estender na atenção dada aos usuários de AD também a partir deste serviço.

Contandriopoulos et al. (1997, p. 31) chamará essas ações governamentais de intervenções que são caracterizadas por um “conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática”:

Eu acho que o que justifica é a nossa demanda. A gente tinha uma demanda muito grande que não era atendida a nível SUS, gratuito. Então acho que isso é uma justificativa. Abrir pra que atendesse a esse público carente (informação verbal)<sup>72</sup>.

---

<sup>71</sup> Gestor de CAPSad 2.

<sup>72</sup> Coordenador da CMC 1.

Ao que nos parece estas Casas foram criadas no sentido atribuído por Silva (1999 apud COSTA, 2003) de que as ações governamentais devem ser formuladas racionalmente e visando alcançar determinados resultados, através de projetos, programas ou políticas.

Outro aspecto importante a considerar é que também o contexto e o momento histórico contribuíram para a construção e fortalecimento das políticas de AD no Brasil, e, especificamente, em Recife. Tal reconhecimento surge no relato de um dos gestores de CAPSad:

[...] a gente teve um momento histórico no Brasil e no Recife, de ter o Ministro, o Secretário e o Secretário Adjunto, todos, psiquiatras. E isso facilitou que houvesse uma atenção especial tanto a área de saúde mental como a área especificamente de álcool e outras drogas. Então o Programa Mais Vida vem pra dar essa resposta tanto na área de prevenção como na área da assistência, na área de tratamento, da atenção (informação verbal)<sup>73</sup>.

Observa-se que apenas em 2002, o Ministério da Saúde passa a implantar o *Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas*. Este programa veio em concordância com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que, reconhecendo o problema do uso prejudicial de substâncias como importante problema da saúde pública, propõe uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool e/ou outras drogas situada no campo da saúde mental. Aponta também que tal programa deve ter como “estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos” (BRASIL, 2005a). Tal contexto certamente possibilitou o investimento local e a criação das Casas.

Focalizando novamente as CMC, estas partem mais diretamente da experiência do Instituto RAID, uma ONG especializada na prevenção, tratamento e reabilitação de usuários e dependentes de álcool e outras drogas, que apesar de ser pouco conhecida, por quem não atua na área, ou não necessita de seus serviços, é considerada uma referência nacional<sup>74</sup>: “[...] eu sei do Instituto RAID é que é uma

---

<sup>73</sup> Gestor de CAPSad 1.

<sup>74</sup> O Instituto RAID, criado em 1993, recebe pessoas de todo o Brasil para tratamento da dependência química.

proposta de uma clínica não-fechada para dependente, onde você tem uma proposta de trabalho, onde você tem uma forte ênfase psicodinâmica” (informação verbal)<sup>75</sup>.

Esta ONG funciona há 15 anos, em Recife, com um Albergue Terapêutico para as pessoas que precisam de um espaço de recuperação, e que funciona também como albergue protegido<sup>76</sup>, que inclui serviço ambulatorial, o acompanhamento psicossocial, atendimentos individuais e de grupo, além do internamento propriamente dito<sup>77</sup> (INSTITUTO RAID, 2007). O Instituto RAID diferencia-se das Casas do Meio do Caminho principalmente em seu caráter público e inserção na Rede de Atenção aos Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas de Recife, como um de seus serviços.

Como principal instituição inspiradora para a criação das CMC, o Instituto RAID, atualmente, possui como objetivos junto a seus usuários: “conscientizar da dependência, trabalhar a abstinência, reduzir os danos causados pelo uso de drogas e melhorar a qualidade de vida”. (INSTITUTO RAID, 2007).

No momento em que um dos fundadores do Instituto RAID assume na condição de Secretário Adjunto de Saúde e posteriormente de Secretário Municipal de Saúde, foi possível trazer para o âmbito público a experiência do RAID para a construção das CMC.

Essa “passagem” configurou-se em várias etapas, e descortinou-se numa experiência rica de avanços, retrocessos, escolhas de “caminhos possíveis”, configurando-se hoje num momento de reavaliação interna da natureza desse serviço. Observa-se que cada vez mais leva-se em consideração o seu caráter público, ou seja, o que significa para o município e conseqüentemente para a população, ter um espaço como este inserido no SUS:

---

<sup>75</sup> Especialista em AD 1.

<sup>76</sup> Chama-se albergue protegido por ser um ambiente livre de droga na perspectiva da pensão protegida (PESSOA; OLIVEIRA, 1995). Atualmente o espaço possui um fumódromo que apesar de não negar o princípio de espaço protegido é um dos pontos que diferenciam este modelo original das Casas do Meio do Caminho.

<sup>77</sup> Possui uma equipe técnica composta por: um diretor técnico e um diretor clínico (ambos psicanalistas e psiquiatras), uma coordenação administrativa, uma coordenadora clínica, uma psicóloga, um acompanhante terapêutico diarista, seis acompanhantes terapêuticos plantonistas, um professor de educação física, uma arte-educadora e uma equipe de apoio administrativo (1 cozinheira, 1 secretária, 2 arrumadeiras e 1 zelador).

[...] o formato dele é o formato de uma instituição que não é SUS, que é uma instituição particular que tem todas as suas particularidades enquanto instituição particular paga e o SUS com as outras particularidades enquanto SUS, que são totalmente diferentes e aí tem que se pensar esses dois serviços que atendam ao público de álcool e outras drogas, mas que o funcionamento tem que ser pensado diferente, não pode ser a mesma coisa. Mas que foi criado como a mesma coisa, veio de uma idealização, de um serviço que já existe em Recife, mas é pago... (informação verbal)<sup>78</sup>.

Mesmo concordando que a experiência do Instituto RAID foi fundamental para a criação das CMC na Rede AD de Recife, um de seus fundadores, nos explica que:

“[...] as Casas do Meio do Caminho foram inspiradas no Instituto RAID. Mas o Instituto RAID não foi inspirado nas Casas do Meio do Caminho” (informação verbal)<sup>79</sup>.

Com tal afirmação, o interlocutor chave reflete que suas experiências anteriores e as de seu sócio<sup>80</sup>, no campo da dependência química, é que foram a mola propulsora para a criação e o desenvolvimento do Instituto RAID:

O Instituto RAID veio de uma experiência minha no Eulâmpio, e de Evaldo no CPTRA, como instituição pública, da nossa experiência como psiquiatras e que nós percebemos que não adiantava o sistema psiquiátrico, ele era ineficaz, o sistema clássico e a clínica psiquiátrica. [...] ele era contraproducente na abordagem do dependente. Então a gente pensou um modelo que fosse alternativo àquele modelo clássico (informação verbal)<sup>81</sup>.

Juntamente com as experiências vividas no Estado de Pernambuco, cada um dos fundadores do Instituto RAID, foi trazendo a compreensão inequívoca do caminho que queriam trilhar, no sentido da construção desse novo serviço, a partir de outras experiências fora do Estado.

Assim, um de seus fundadores, refere que em 1977, na cidade de Porto Alegre, ele e os demais profissionais que atuavam na Clínica Pinel<sup>82</sup>, resolveram montar dois serviços de saúde mental.

Um deles era um serviço comunitário, onde as pessoas poderiam usufruir de um espaço mais amplo, que não se restringisse à questão da Saúde Mental. Nascia

---

<sup>78</sup> Coordenador da CMC 1.

<sup>79</sup> Ex- gestor SMS 2.

<sup>80</sup> Evaldo Melo de Oliveira e José Carlos Escobar são psiquiatras, atuam como referências nacionais no campo da dependência química e, juntamente com uma equipe de mais três pessoas, fundaram o Instituto RAID.

<sup>81</sup> Especialista em AD 7.

<sup>82</sup> A Clínica Pinel é uma ONG que mantinha residência em psiquiatria na cidade de Porto Alegre.

então, em 1978, a unidade de saúde Ulisses Pernambucano. Essa Unidade tinha um ambulatório geral e tinha o que naquela época se chamava um hospital dia territorializado e regionalizado:

Que esse hospital dia na verdade era um CAPS, só que naquela época se chamava hospital dia, onde a pessoa ia e passava só uma parte do dia. E nessa época quando a gente começou a atender a população a gente identifica que parte dessa população é uma população de pessoas alcoolistas... (informação verbal)<sup>83</sup>.

O segundo serviço que foi montado pelo grupo é considerado pelo entrevistado como o “precursor da residência terapêutica”, pois era um projeto da primeira pensão protegida pública do país para atender “*a pacientes com psicoses*”. Conta ainda que na época havia uma pensão protegida no Rio de Janeiro, mas que se tratava de um serviço de pensão particular e também para tratamento de portadores de transtornos mentais.

Com tais experiências o desejo de criar um espaço diferenciado para se trabalhar a questão de álcool e drogas foi se consolidando. Então, ao retornar à Pernambuco, após também atuar como diretor do Hospital Ulisses Pernambucano, conhecido popularmente como o Hospital da Tamarineira, no período de 1987 à 1990, diz que trazia consigo a certeza de que:

[...] não é possível ter a assistência integral aos transtornos causados por substâncias psicoativas se você não tivesse um espaço onde o paciente pudesse passar a noite e não só passar a noite durante alguns dias, como é o objetivo, por exemplo, de um CAPS 24h, ele precisaria ficar um tempo pra que ele pudesse consolidar um pouco a abstinência pra ele poder enfrentar a realidade a partir da abstinência. Então nesse sentido era uma instituição que pudesse abrigá-lo e ao mesmo tempo pudesse trabalhar a questão de uma abstinência. Mas, mais ainda pra que não houvesse primeiro a distorção da coisa médica no sentido da medicalização na questão do álcool e droga e depois na questão prática concreta do funcionamento, aí eu fui buscar a idéia da pensão protegida (informação verbal)<sup>84</sup>.

Percebe-se na fala acima alguns dos referenciais teóricos que foram norteados a construção do Instituto RAID e, conseqüentemente, a posterior criação das CMC em Recife: 1- a necessidade de uma atenção integral aos usuários de droga; 2- uma

---

<sup>83</sup> Ex-gestor da SMS 2.

<sup>84</sup> Ex-gestor da SMS 2.

unidade não-médica; 3- a concepção teórico-prática da Comunidade Terapêutica; 4- a concepção de pensão protegida.

No entanto, aprofundando um pouco mais sobre o constructo teórico que norteou a criação das CMC, tem-se um relato bastante instigante para pensarmos neste modelo enquanto um serviço proposto para o SUS:

[...] a casa ela tem uma função e a idéia vem baseada em comunidades terapêuticas e vem baseada também no Instituto RAID, que foi uma instituição criada com a intenção dos diretores iniciais que pensaram num espaço protegido para o tratamento. E aí é baseado **na compreensão psicanalítica** de que a droga vem pra ocupar um espaço vazio, a nível de consciência, a nível da relação de convívio dessa pessoa com a vida e com o mundo. E aí então a casa ela vai ser criada com esse objetivo da pessoa poder se olhar e olhar essa relação com a droga. No embasamento teórico a gente vê a questão dessa compreensão psicanalítica, as comunidades terapêuticas e centros hospitalares misturados<sup>85</sup> (informação verbal, grifo nosso)

Tal reflexão também nos impulsiona a questionar esse aspecto trazido na concepção original das CMC: a “concepção psicanalítica”. Questiona-se: como ela se dá no cuidado e atenção oferecidos na CMC visto os objetivos propostos e os limites impostos desde a formação da equipe técnica até o fluxo que é estabelecido? Qual a possibilidade de sustentação desse tipo de abordagem terapêutica em um serviço como a CMC?

No atual Projeto do Instituto RAID observa-se que um dos serviços oferecidos é a psicoterapia (individual, de grupo e/ ou familiar) na abordagem psicanalítica. No entanto, nas CMC não há a intenção, nem a perspectiva de se oferecer psicoterapia aos usuários<sup>86</sup>.

Na passagem do modelo de ONG para um modelo no SUS, percebe-se que essa referência psicanalítica, bem como o atendimento individual numa perspectiva psicoterápica, foi abandonada. Apesar de não ser a única ferramenta, alguns autores referem a perspectiva psicanalítica e a abordagem psicoterápica como uma

---

<sup>85</sup> Gestora de CAPSad 2.

<sup>86</sup> Tal reflexão é corroborada em alguns artigos que defendem o papel das pensões protegidas (DE LEON; SKODOL; ROSENTHAL, 1973; WAYNE, 1962).

possibilidade importante no tratamento (ESCOBAR, 2006; FOCCHI; ANDRADE, 2001).

Essa diferença objetiva e direta do modelo que a inspirou, não foi encontrada nos relatos das entrevistas. No entanto, nos documentos iniciais dos Programas Terapêuticos das CMC tal abordagem era destacada (RECIFE, 2004). A partir de inúmeras críticas e questionamentos ao modelo proposto, observamos através das reuniões realizadas junto ao Programa Mais Vida, que a abordagem psicanalítica não condizia com os pressupostos atualmente preconizados pelo SUS, nem tampouco com a realidade prática e operacional da condução das atividades das CMC. Para uma abordagem nessa perspectiva, minimamente, todos que conduzem a proposta na ponta, deveriam ser capacitados e possuírem o referencial psicanalítico como base para poderem atuar. Assim tal referencial foi retirado do Programa Terapêutico como abordagem oferecida pelas CMC demonstrando uma maior coerência com sua capacidade de atuação enquanto serviço.

Essa questão nos faz inferir que o abandono da perspectiva psicanalítica deu-se por incompatibilidade prático-operacional no SUS, e não por convicção de não serventia da abordagem para o tratamento em si dos usuários.

No entanto, para um dos Interlocutores Chave a falta da abordagem psicoterápica, e de preferência na linha psicanalítica, nos serviços de AD e conseqüentemente nas CMC tornam a atenção prestada deficiente:

Fica deficiente, fica aleijada, porque essa concepção é que é doentia do SUS. Porque tem uma coisa no serviço público que é misteriosa... Você fala no SUS e dá a impressão que é uma entidade, mas tem uma pessoa lá que pensou isso e eu gostaria de um dia me ver frente a frente com a pessoa que pensou isso e dizer assim: "Você pensou isso por quê? Como é que você chegou a essa conclusão de que alguém vai se tratar de uma dependência sem ter um tratamento mais aprofundado de si mesmo?" Como se a dependência fosse o quê? Uma gripe que toma vitamina C e vai pra casa? Hoje a gente sabe que até a gripe é um estado emocional. Como é que achou que... não faz! É capenga! É uma coisa desastrada (informação verbal)<sup>87</sup>.

---

<sup>87</sup> Especialista em AD 7.



De acordo com o Modelo de Atenção à Saúde Integral aos Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas de Recife<sup>88</sup>, esse “papel” deveria ser assumido pelos ambulatorios de Saúde Mental, não necessariamente na abordagem psicanalítica, mas na acessibilidade a este tipo de serviço. No entanto, o estrangulamento quantitativo dos serviços, como já dito anteriormente, se dá de maneira que essa demanda não consegue ser atendida (CABRAL et al., 2005) o que fere substancialmente a integralidade da atenção:

[...] via as pessoas com uma demanda de terapia e de repente naturalmente elegia alguém da equipe pra fazer de terapeuta e os menos avisados começavam a emprestar o ouvido para essa demanda. É evidente que essa demanda existe cada vez que você começa a estreitar esse serviço, vai desintoxicando vai saindo... essa demanda vai surgindo. E aí o que é você faz com isso? Nessa hora vão ser jogados pra o seu desamparo existencial... “Fique você com seus excessos, com suas misérias, com seu abandono, com suas fantasias, mas ninguém aqui tem nada a ver com isso não... Nosso problema é droga! Desde que você não fume maconha, você está curado!”. Então essa é a grande perversão do SUS... é um numero, é estatística! Nós atendemos tanto, nós recuperamos da droga tanto. Mentira! Então essa é a grande farsa que, aí, entra a questão da perversão institucional (informação verbal)<sup>89</sup>.

Esse também parece ser o sentimento trazido implicitamente por um dos familiares entrevistados: “Ah doutora! O ruim é que quando ele pára de usar a droga, ele fica tão irritado... sem ter o que fazer dentro de casa... Aí eu acho que isso faz ele querer usar de novo...” (informação verbal)<sup>90</sup>.

Podemos refletir, como bem nos adverte Martins (2003), que as causas que envolvem o tratamento de usuários de AD, e ainda mesmo o seu quadro diagnóstico, estão totalmente vinculados a fatores econômicos e socioculturais, fazendo-nos apontar uma das limitações do modelo proposto pelas CMC, caso esta não consiga se articular numa rede mais ampla de atenção e cuidado.

Outro relato também se refere a esses questionamentos quando pontua que sozinha a CMC não responde a todas as necessidades de cuidado e atenção aos usuários, como, por exemplo, a falta do suporte psicoterápico para alguns casos:

---

<sup>88</sup> Modelo já apresentado na página 44.

<sup>89</sup> Especialista em AD 7.

<sup>90</sup> Familiar 2.

Eu acho que há uma mistura um pouco nisso, porque em algum momento há uma falha no funcionamento da Casa em relação, por exemplo, a faltar esse equipamento externo que seria esse suporte. ...a gente precisaria, por exemplo, ter convênio com outros ambulatórios onde a pessoa pudesse ser encaminhada pra ser cuidada, pra fazer uma psicoterapia, tá fora da casa, que tenha um nível de assistência integral... como aqui não tem... (informação verbal)<sup>91</sup>.

Observa-se no texto oficial sobre o funcionamento das Casas como as influências teóricas do modelo se definem:

O funcionamento da Casa do Meio do Caminho é baseado no modelo de Comunidade Terapêutica, não médico, que visa a experimentação, por parte do usuário, de situações vivenciadas no seu cotidiano (porém, desta vez, sem o uso de substâncias psicoativas). Sendo assim, várias atividades do dia a dia são distribuídas semanalmente entre os usuários, adotando-se o sistema de rodízio (onde é composta uma comissão de colaboradores), objetivando desenvolver o espírito cooperativo, a relação de ajuda mútua, o zelo e a retomada da rotina que é um dos aspectos que se tornam preteridos quando se fala em dependência química (RECIFE, 2007c).

A concepção de pensão protegida, trazida pelo programa terapêutico, por exemplo, não foi referenciada pelos profissionais que atuam no Programa Mais Vida. Estes, em sua maioria, não sabem que tal modelo também influenciou a concepção teórica das CMC.

A partir das entrevistas, pode-se inferir que tal compreensão é de suma importância na medida em que entendendo o que é a CMC e o que justifica sua existência, tal conhecimento faria com que os encaminhamentos feitos para as Casas, a credibilidade dada ao espaço, ou seja, a sua capacidade de oferecer uma alternativa de tratamento, seria melhor incorporada pelos técnicos que são os responsáveis diretos pela indicação e encaminhamento deste serviço para os usuários:

[...] o primeiro escrito sobre o RAID<sup>92</sup> fala que ele funcionará como pensão protegida, ou seja, a pensão protegida é uma instituição psicossocial e funcionando como uma comunidade terapêutica ela deve ter as responsabilidades compartilhadas entre as várias pessoas (informação verbal).

Percebemos que cada um desses aspectos que embasam a construção teórica das CMC irão influenciar diretamente na atuação dada na ponta, ou seja, no atendimento

---

<sup>91</sup> Gestora de CAPSad 2.

<sup>92</sup> O Instituto RAID veio a tornar-se realidade jurídica em 01 de janeiro de 1993. E como já referido, a primeira Casa do Meio do Caminho é de 2004.

propriamente dito junto aos usuários: “Na pensão protegida há a oportunidade de conviver com as pessoas cooperativamente, dividindo a manutenção, administração e outras responsabilidades” (WELLMETT, 1962).

A fala de um dos usuários entrevistados, questiona esse modelo, a partir de sua concepção pessoal do seja o tratamento: “Eu acho errado a gente ter que lavar os pratos ou limpar a piscina. A gente tá aqui é pra fazer tratamento!” (informação verbal)<sup>93</sup>.

Outro usuário reflete de modo diferente:

Gosto de aguar as plantas e cuidar do jardim. Isso me ajuda a não pensar mais em besteira... nem na droga... Quando eu tava em casa, não fazia nada, só usava a droga e dormia. Aqui eu tô aprendendo a arrumar as minhas coisas e as coisas do albergue (informação verbal)<sup>94</sup>.

Welmett (1962), apesar de considerar importante a realização de diversas atividades corriqueiras e domésticas, por parte dos usuários, pondera que é igualmente importante, descobrir que tipo de usuários se beneficiariam com esta forma de tratamento. Tais questões novamente retomam a discussão sobre o que pode estar por trás como ideologia que impulsiona a escolha ou não de determinadas atividades terapêuticas.

Quanto ao uso do nome fantasia escolhido, CASA DO MEIO DO CAMINHO, há diferentes visões, não sendo possível um consenso entre os técnicos e os especialistas. Poucos referiram conhecer a origem do termo:

Me vem à cabeça aquele modelo inglês que eu conhecia “Halfway House”, que é Casa do Meio do Caminho... nunca tinha visto traduzido. Que é aquele espaço pra quem não precisa estar internado, mas também não está pronto pra estar inserido na comunidade, então é uma etapa intermediária... Não sei se é isso, mas... (informação verbal).

Alguns consideram a escolha do nome do equipamento pertinente e apropriada, outros não:

---

<sup>93</sup> Usuário 2.

<sup>94</sup> Usuário 1.

Casa do Meio do Caminho? Eu não gosto do nome não, porque não diz coisa alguma e nem o Albergue Terapêutico diz. Pra mim pode até dizer, porque eu sei o que é um albergue, que em um albergue eu entro e saio a hora que eu quiser se tiver vaga [...] Mas assim pra o usuário? Acho, que deve ser uma palavra grega pra eles porque não diz coisa alguma. Eu prefiro muito mais uma casa de convivência, uma casa de acolhimento, que, seja algo que diga direta e objetivamente aos usuários que aquilo é um espaço que é dele (informação verbal)<sup>95</sup>;

É do ir e vir, que não é, né, é uma coisa que está lá, e tal. Aí isso pra mim fica confuso... esse nome (informação verbal)<sup>96</sup> e ainda,

Eu acho que eles pensaram em pegar um pouco do modelo de comunidade terapêutica. Me parece que o modelo foi muito baseado na comunidade terapêutica e às vezes eu fico pensando que a Casa do Meio do Caminho parece exatamente isso, quer dizer, nem você está internado, nem você começou o tratamento, está pelo meio do caminho... (informação verbal)<sup>97</sup>;

[...] eu achei que essa unidade intermediária, exatamente chamada de Meio do Caminho, quer dizer de um caminho que é o percurso de tratamento, me pareceu uma novidade muito interessante e que valia a pena, eu inclusive acho que isso deve ser divulgado mais amplamente pra outras regiões, que eu só vi isso em Recife (informação verbal)<sup>98</sup>;

Esse nome me vem a cabeça o quadro que vi no albergue... um caminho pra se percorrer... que nem começa e nem termina lá... passa a idéia de uma passagem, uma casa de passagem que vai ajudar no tratamento da gente... Me ajudou muito passar por lá e ficar internado lá...(informação verbal)<sup>99</sup>.

Com relação a outras experiências similares como as CMC de Recife, não foram encontradas a partir de nossa pesquisa. Há experiências consideradas parecidas, mas que ao olharmos mais atentamente encontraremos diferenças teóricas e práticas:

[...] eu tenho uma coisa que parece um albergue, mas não é exatamente um albergue, é uma enfermaria que eu montei [...] É, na verdade, uma internação, só que uma internação de porta aberta. Uma internação que não tem grade, então o indivíduo pode ir embora na hora que ele quiser, mas ele está mais pra uma internação do que pra uma CMC(informação verbal)<sup>100</sup>.

Mesmo os Centros de Alojamento Especializado e os Centros de Pós-Cura, encontrados na França e ainda os programas de Internação de Curta Duração, do sistema norte-americano (CRUZ, 2006), diferenciam-se das CMC, ou pelo caráter

---

<sup>95</sup> Especialista em AD 3.

<sup>96</sup> Especialista em AD 6.

<sup>97</sup> Especialista em AD 5.

<sup>98</sup> Especialista em AD 4.

<sup>99</sup> Ex-usuário de AD.

<sup>100</sup> Especialista em AD 1.

público, ou por fazerem parte da integração numa rede de atenção, ou ainda pelas atividades oferecidas, programa terapêutico etc.

Por exemplo, na experiência conhecida por um dos especialistas em álcool e outras drogas, vê-se a diferença entre as CMC com um espaço de moradia propriamente dito:

Quando eu morei na França, tinha coisas parecidas com isso. Tinha as internações, embora eles tivessem as clínicas-dia, que é o hospital-dia, era o que eles chamavam de apartamentos terapêuticos, que eram casas que o Estado dava para os dependentes morarem, sob supervisão de um grupo de técnicos. Seria uma CMC, só que eles moravam lá efetivamente<sup>101</sup> (informação verbal).

Segundo Cruz (2006), para familiares e profissionais, uma das decisões mais difíceis que se coloca frente ao usuário de drogas, é a de optar entre uma internação, ou se o usuário pode dar continuidade ao seu tratamento em um atendimento em nível ambulatorial.

Este autor pontua que para um mesmo usuário, a internação pode ser necessária em determinado momento e contra-indicado em outro. Não há uma “receita de bolo” que possa funcionar igualmente para todos (CRUZ, 2006, p. 115). O autor está considerando como internação: “as intervenções terapêuticas oferecidas num local em que o paciente reside permanecendo 24 horas por dia” (CRUZ, 2006, p. 117).

Mesmo as CMC não sendo consideradas “residências”, visto que os usuários não moram na Casa, estas podem ser entendidas como um espaço de internação na perspectiva trazida por um gestor municipal:

Nas Casas a pessoa se afasta da família, se afasta do local de moradia e do trabalho e aí, naturalmente, se afasta do que pode estar ligando ela ao consumo de drogas sem parar... E isso ajuda a ela a pensar... (informação verbal)<sup>102</sup>.

Assim, a partir da observação dos documentos que definem as Casas do Meio do Caminho, bem como da escuta aos entrevistados pode-se refletir que são

---

<sup>101</sup> Especialista em AD 2.

<sup>102</sup> Gestor Municipal 1.

equipamentos criados em Recife, como uma possibilidade de resposta a necessidade de um espaço alternativo e diferenciado, que compõem o modelo de atenção integral aos usuários de AD, incorporando-se localmente ao desenvolvimento do SUS no âmbito da Saúde Mental.

A maior parte dos entrevistados concordam com o Programa Terapêutico que considera as CMC como um espaço intermediário entre o CAPSad e a comunidade propriamente dita, no sentido de serem ainda um espaço especializado e protegido das drogas, que está inserido no território.

[...] olhando pra questão prática do processo terapêutico, das pessoas que fazem uso de álcool e droga. No momento em que você está nesse processo de desmame, de desuso ou de redução de uso do álcool e da droga, você tanto tem uma necessidade orgânica de se afastar de um período de abstinência... que ai não é a desintoxicação, mas num período de abstinência, você ter um acompanhamento mais de perto e você também sair daquele ambiente que favorece a droga. Então eu acho que a Casa do Meio do Caminho ela tem esse grande valor pra pessoas que estão nesse processo de desuso da droga e do álcool. Que é você sair desse ambiente que favorece você a continuar ou favorece você a usar a droga ou o álcool. Então esse período ali na casa, ele se prepara organicamente e emocionalmente pra essa volta a vida diária (informação verbal)<sup>103</sup>.

Finalizando quanto à originalidade da proposta, têm-se no Programa Terapêutico que as CMC funcionam como albergues terapêuticos 24 horas e possuem um projeto terapêutico com **atividades multidisciplinares e abordagem biopsicossocial**, sendo vinculadas ao Programa Mais Vida e financiadas exclusivamente pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Recife (RECIFE, 2007).

Certamente o texto escrito neste Programa Terapêutico ainda carece de modificações “teóricas” que busquem impulsionar a práxis, pois, as “atividades multidisciplinares e a abordagem biopsicossocial” já se encontram conceitualmente “superados”, quando a partir da Carta de Ottawa (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMIÇÃO DA SAÚDE, 1986) os determinantes múltiplos da saúde e a intersetorialidade são considerados como fundamentais para uma vida mais saudável. Assim, outros requisitos que vão além das atividades “multidisciplinares e de abordagem biopsicossocial” precisam ser levados em conta,

---

<sup>103</sup> Diretor de DS.

tais como: paz, educação, ecossistema estável, alimentação, habitação, recursos sustentáveis, justiça social, equidade, entre outros aspectos.

Assim, mesmo com as CMC compondo a Rede de Atenção Integral aos Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas, novamente nos remetem as considerações de Martins (2003) quando considera que são poucos os privilegiados usuários de AD que conseguem ter algum tipo de tratamento especializado: “Esses privilegiados contam com mais oportunidades do que seus pares menos privilegiados, que foram submetidos à compulsoriedade terapêutica ou mesmo sentenciado à prisão” (MARTINS, 2003, p. 111).

Esses “privilegiados” tiveram a oportunidade de serem estimulados e a eles o serviço foi ofertado. No entanto, muitos usuários, familiares, técnicos e os profissionais da saúde como um todo, sequer conhecem os espaços mais tradicionais de tratamento, quem dirá as Casas do Meio do Caminho.

Para o acesso se dar, é necessário o conhecimento de todos sobre a rede de serviços. A fala de um familiar reflete um pouco sobre essa questão:

Ele veio porque soube daqui. Cansou de bater e voltar no Getúlio... Depois lá naquele IMIP... Conheceu o CAPS, foi lá e a TR dele falou que ele podia vir pra essa Casa. Daqui ele foi saindo devagar, num final de semana, depois em outro e parece que agora sabe que não pode mais beber. Aqui ensinou a ele. Foi muito bom isso aqui... (informação verbal)<sup>104</sup>.

#### 6.2.1.1 O Programa Terapêutico

As CMC estão vinculadas ao CAPSad no sentido de serem um “anexo” destes. No entanto, não há esse registro em seu Programa Terapêutico sobre este aspecto (RECIFE, 2007c), mas, na fala dos gestores e profissionais, esse parece ser um entendimento claro: “[...] a Casa do Meio do Caminho ela é um anexo, uma

---

<sup>104</sup> Familiar 1.

continuidade do CAPS como uma gerência, gerência dos dois serviços. São dois serviços com a mesma responsabilidade pelo gestor..." (informação verbal)<sup>105</sup>.

Destaca-se do Programa Terapêutico alguns aspectos que são fundamentais neste estudo, entre eles, os objetivos, o perfil do usuário, os critérios de admissão, o período do albergamento e a grade terapêutica.

#### 6.2.1.1.1 Objetivos

As Casas do Meio do Caminho trazem em seu Programa Terapêutico os seguintes objetivos:

##### **Objetivo Geral**

Oferecer um espaço terapêutico protegido para a atenção ao usuário de álcool, fumo e outras drogas, em situação de risco e dano, a fim de viabilizar a reflexão acerca dos prejuízos gerados pelo consumo das drogas, favorecendo o processo de conscientização a respeito da sua situação de uso, abuso ou dependência, ajudando na melhoria e reelaboração do seu projeto de vida e exercício de sua cidadania.

##### **Objetivos Específicos**

- Favorecer a conscientização do sujeito e sua relação com a droga;
- Auxiliar na reflexão acerca dos riscos e prejuízos decorrentes do consumo de drogas;
- Oferecer um espaço de reflexão e busca da autonomia do sujeito e melhoria da qualidade de vida;
- Reduzir os danos causados pelo uso abusivo das drogas;
- Definir estratégias de enfrentamento das situações de risco e prevenção de recaídas;
- Oferecer suporte terapêutico aos familiares dos hóspedes em tratamento;
- Sensibilizar o hóspede para a importância da elaboração do seu projeto de vida;
- Estimular a (re)inserção social através das atividades propostas, contribuindo com o processo de formação e reconhecimento da sua cidadania (RECIFE, 2007c).

Nos debruçando sobre estes objetivos, perguntamos se estes contribuem para que o serviço, CMC, atue no sentido de uma atenção integral.

Os discursos de alguns especialistas por vezes são confusos, desarticulados, pois demonstram o desconhecimento sobre a natureza da proposta. Aparentam um certo

---

<sup>105</sup> Gerente de CAPSad 3



receio de que os objetivos propostos pela CMC, de certa maneira sejam contraditórios com relação aos princípios da Reforma Psiquiátrica ou não estejam atendendo a seu papel na rede de atenção, que é ser um espaço vinculado ao CAPSad e conseqüentemente complementar a rede de saúde:

[...] seria um local que daria suporte a essas pessoas enquanto não precisavam necessariamente de uma desintoxicação, mas que estavam tão fragilizados, tão comprometidos, nessa questão da sua parte emocional, que eles precisavam se afastar um pouco da família, do meio, até pra tomar o rumo da sua vida e começar o tratamento... E aí essas pessoas hoje estão ficando mais tempo na Casa do Meio do Caminho e não estão sendo encaminhadas pra o CAPS. Então tem Casa que você tá com o CAPS aqui, praticamente vizinho, aí aquele paciente, que é do CAPS, tem todo programa terapêutico e o da Casa do Meio do Caminho não tem. Então a gente acha que essas pessoas, mesmo estando internadas em outro local, já deveriam iniciar logo o atendimento no CAPS. Eles têm um outro atendimento lá... (informação verbal)<sup>106</sup>.

E ainda:

[...] eu não concordo com essa visão de que ele tem que ter uma coisa meio morna até ele começar no CAPS, ou meio assim ele; está confinado durante um período [...] essa Casa do Meio do Caminho ela poderia continuar... agora mudando assim o entendimento de qual é o propósito dela. Porque se é um lugar pras pessoas que necessariamente que não precisa de desintoxicação, mas precisa de exclusão do seu espaço, pra mim essa pessoa está numa situação talvez pior de que quem já está no CAPS e que volta pra sua casa. Porque a pessoa que não tem vínculo, que não quebra vínculo, no meu entender ela está melhor do que quem precisa quebrar vínculo. Então o que eu acho é que deveria ser um local de acolhimento pra essas pessoas que precisam de exclusão, mas que eles fossem encaminhados pra o CAPS... (informação verbal)<sup>107</sup>.

No entanto outros especialistas colocaram suas experiências com relação a dificuldades que encontram por não possuírem serviços alternativos e diferenciados do CAPSad ou da internação em UD propriamente dita:

[...] eu tenho esse problema em São Paulo – por exemplo, eu interno pacientes meus e às vezes eu fico achando que ele não precisaria mais estar internado, mas, por outro lado, eu não tenho confiança de ele voltar ao esquema dele, ele precisaria de uma coisa intermediária. Grosso modo, seria uma coisa por aí... (informação verbal)<sup>108</sup>; e,

[...] é um equipamento que cumpre uma função da rede de saúde, parece que existe um nível de atendimento, que são os CAPS onde há um trabalho, eu diria, que faz um trabalho mais próximo à comunidade, de integração, e existem alguns usuários que eles tem a necessidade de um outro tipo de atenção e que está pra além da capacidade desses CAPS. [...] as Casas do

---

<sup>106</sup> Especialista em AD 5.

<sup>107</sup> Especialista em AD 3.

<sup>108</sup> Especialista em AD 1

Meio do Caminho seriam um lugar que teriam uma maior proteção, uma atenção, onde a pessoa pudesse estar um pouco mais longe do circuito, onde ela vive, onde ela consome a substância psicoativa, enfim... (informação verbal)<sup>109</sup>.

[...] Eu lamento que nós ainda estejamos na maioria dos estados trabalhando com estruturas, como o CETAD pra dar o exemplo [...] eu tô falando de nós aqui na Bahia[...] a CMC é fundamental no meu entender, entre a estrutura que retira o sujeito do consumo, porque é voluntária “ele diz quero romper com isso, quero parar com isso, não quero mais usar, mas não consigo”, a estrutura que eu vou chamar aqui pra simplificar de Unidade de Desintoxicação, mas aqui eu estou entendendo como unidade em que o sujeito permanece internado. Portanto eu acho que a CMC, vem ser, e pra mim é fundamental, e eu vou retomar dizendo: lamento que nós estejamos todos ou ainda com unidade de desintoxicação ou nos hospitais gerais ou nos hospitais psiquiátricos, por clínicas particulares ou clínicas específicas para desintoxicação e o modelo ambulatorial apenas [...] a CMC é exatamente esse tempo entre uma coisa e outra, porque, nós do ambulatório sentimos falta deste espaço intermediário, para acolher as pessoas que saem das unidades de desintoxicação, e eu creio que as unidades de desintoxicação sentem falta desse espaço pra onde encaminhar as pessoas na saída da estrutura mais pesada antes de chegar ao ambulatório. Então eu entendo que nós deveríamos estar trabalhando muito mais na construção desses espaços intermediários... (informação verbal)<sup>110</sup>.

Por outro lado, a fala de quem está conduzindo o processo mais diretamente, como os profissionais e gestores, que atuam no serviço, e ainda os usuários e familiares, que são os depositários da ação terapêutica das CMC, afirmam beneficiarem-se diretamente e positivamente dos objetivos propostos. O que nos lembra o que Hartz (2005) define como uma política pertinente: aquela que atinge seus objetivos, quando estes estão adequados aos problemas que deseja resolver.

Entendo que as Casas cumprem seu papel... E o que eu vejo de mais interessante é esse parar na vida... repensar a vida, um espaço pra repensar, um espaço pra se cuidar, se distanciar daquilo que muitas vezes é um dos fatores – são fatores, né? Porque não existe um fator, são fatores que impulsionam essa dependência ou colaboram com essa dependência – e você se distancia de tudo isso... (informação verbal)<sup>111</sup>.

Há dificuldades de ordem prática que esbarram na dinâmica das CMC a fim de que estas atinjam seus objetivos propostos, como por exemplo o aqui já citado desconhecimento da “natureza” do serviço, sua fragilidade enquanto um serviço novo, com uma proposta pouco discutida junto aos trabalhadores da saúde mental e ainda questões de ordem mais estrutural, como o número de profissionais

---

<sup>109</sup> Especialista em AD 2.

<sup>110</sup> Especialista em AD 4.

<sup>111</sup> Gestor Municipal 2.

trabalhando na Casa e/ou sua formação técnica, e ainda recursos materiais e físicos. Essas dificuldades no processo de trabalho precisam ser cada vez mais estudadas a fim de se pensarem estratégias que possam ajudar os profissionais a desenvolverem seus programas e projetos (CAMPOS, 2003).

Alguns objetivos das CMC já foram demasiadamente questionados pelos técnicos que fazem parte da equipe técnica do Programa Mais Vida e parecem ser de melhor compreensão e desenvolvimento prático. Através das atividades terapêuticas propostas e os espaços de discussão existentes na Casa, apesar da grande dificuldade de “adesão” do usuário a programas e serviços de tratamento (CRUZ, 2006) são objetivos que parecem “fluir” mais tranquilamente.

Outros ainda carecem de maior estudo e compreensão da sua real pertinência ao modelo proposto bem como, de que maneira, as CMC poderiam de fato promovê-los. Entre estes objetivos de difícil realização destacam-se a reinserção social e a redução de danos. Alguns relatos colocam essas dificuldades esbarrando na possibilidade de se oferecer uma atenção integral aos usuários de AD:

[...] eu acho que é um espaço de acolhimento pra aquelas pessoas que estão em situação de risco nos seus domicílios, nos seus ambientes de origem. Não vejo como um lugar de tratamento, eu não sei nem se seria um equipamento da saúde eu acho que talvez fosse um equipamento da assistência social, é algo pra se pensar. Eu acho assim como as políticas em geral elas não são políticas que se integram, cada um faz um pedaço e não se comunicam muito, porque assim eu vejo muito mais esse espaço de acolhimento pra uma moradia temporária, muito mais uma função da assistência social do que propriamente da saúde. E se as políticas sociais fossem pensadas, fossem planejadas dentro do que se concebe o complemento social eu acho que não devia ser um recurso não só para usuário de drogas, mas, assim um espaço, um equipamento público que acolhesse as pessoas que estão vivendo em situação de risco, seja ela pra álcool e outras drogas seja ela por violência doméstica, mas assim, um espaço que ela possa ir lá ficar no tempo que ela precisar ficar... (informação verbal)<sup>112</sup>;

Porque eu imagino que não deixa de ser um ambiente artificial e que ele vai ter e a equipe também, as suas interações... mas que não vai suprir na sua totalidade, das necessidades de informação, de instrumentalização, de olhar pro trabalho para as necessidades do trabalho, olhar pra questão da realidade histórica daquele sujeito, porque isso não dá pra ser feito exatamente na Casa, não dá pra gente ter alguma dimensão disso... Então isso precisa ser feito num outro ângulo, no CAPS e também na rede de saúde ou no PSF, no ambulatório, uma atenção primária que pudesse está

---

<sup>112</sup> Especialista em AD 6.

tentando aí estar mais próximo do circuito de viver bem (informação verbal)<sup>113</sup>;

Eu entendo como integralidade você olhar a pessoa não de um único ponto de vista, olhar a pessoa no seu todo bio-psíquico, no seu todo social e de integração social. E eu tenho a impressão de que, a questão das regras, do foco na abstinência, a pessoa não pode usar droga... Se acontecer isso, resulta numa saída da pessoa, numa alta administrativa... Eu tenho a impressão que isso fere a questão da integralidade e que você está olhando simplesmente uma manifestação daquilo que está acontecendo com a pessoa, que não fala dela inteira, então você não está olhando ela inteira, você está olhando nela uma certa manifestação. Porque aquela questão dela se manter nesse, "ideal" (*entre aspas*) de saúde, de ficar sem usar droga pode não ser uma condição possível dentro desse contexto mais de vida dessa pessoa [...] Mas o quê que está se trabalhando na verdade com essa pessoa, dentro da Casa, que traz esses aspectos mais globais da vida dela e que não só um sujeito que está se relacionando com a droga? Um sujeito se relacionando com a droga é um aspecto na verdade, da vida dessa pessoa... ela é um sujeito social. Um sujeito que vive dentro de um contexto histórico, que tem, que cumpre uma função... que vai dizer também do processo de adoecimento ou não, chamando de adoecimento aqui consulta de saúde e drogas, nesse caso, esse contexto histórico dela, que vai também falar até um pouco de uma certa vulnerabilidade que essa pessoa vai estar vivendo naquele momento. Mas como é que se olha pra isso? Como é trabalhado isso? Quando você dá muita importância a abstinência pode ser uma proposta pras pessoas, mas como que você vai lidar com a não possibilidade de que isso ocorra, se a Casa é uma Casa que está tentando cumprir um papel pra um grupo de pessoas que não estão conseguindo se beneficiar do CAPS, naquele momento ou de outro serviço, então ela teria que olhar um pouco pra mais coisas que não só essa questão dessa dimensão aí... (informação verbal)<sup>114</sup>;

Tais questões carecem de maior discussão inclusive dentro do Programa Mais Vida, pois a reinserção social e a redução de danos parecem ser as maiores limitações do modelo proposto. As equipes não sabem como trabalhar com essas diretrizes principalmente porque elas não condizem com a organização do serviço: normas e regras internas. Novamente aponta-se um dos diferenciais na concepção do modelo CMC com relação às conhecidas CT: a entrada da redução de danos como um de seus pilares, bem como a questão da reinserção social sem que haja o caráter religioso imposto.

Por outro lado se considerarmos que sozinhas as CMC irão desenvolver ações que vão "resolver" estes problemas, estaríamos falando de um "super serviço" que não existe (ALVES, 2006). Essa compreensão aparece no relato de um gestor municipal:

---

<sup>113</sup> Especialista em AD 2.

<sup>114</sup> Especialista em AD 2.

[...] eu não vejo a Casa só. Eu não consigo ver a Casa só. A Casa é uma extensão desse trabalho de rede. Ela está ali “a Casa do Meio do Caminho”, ela não é o fim. Ela está ali como uma estratégia do “meio do caminho” e ele nem chega pra ali, nem fica só ali. Ele chega porque tem uma porta de entrada no CAPS e ele vai depois pra um outro equipamento (informação verbal)<sup>115</sup>.

Iremos discorrer especificamente sobre a Redução de Danos após a discussão sobre a integralidade micro e macro por entendermos que, se esta é a estratégia política do município para uma atenção integral, de modo que precisaremos de uma discussão mais detalhada quanto a sua referência teórica-prática nas CMC. Tal necessidade é explicitada neste relato:

Eu acho que a parte de redução de danos é uma coisa que fica muito ainda em aberto, porque a forma como o Programa foi estruturado... Eu acho que faltou uma atenção especial pra política de redução de danos realmente, dando uma resposta verdadeira ao o que é redução de danos, principalmente dentro das CMC (informação verbal)<sup>116</sup>.

Podemos inferir, com relação a estes dois objetivos que tratam da reinserção social e da redução de danos, que estes encontram-se mais em nível de desejo e expectativa, do que de fato algo que possa ser conquistado através das CMC.

#### 6.2.1.1.2 Perfil do Usuário

Qual o perfil de um usuário para os serviços de álcool e outras drogas? E para as Casas do Meio do Caminho?

Essas são questões ainda pouco refletidas pois sabe-se que os serviços de álcool e outras drogas são recentes na rede de atenção à saúde como um todo (BRASIL, 2003a) dificultando inclusive a construção desse “perfil do usuário de drogas” (VELHO, 1994). Bem como dessa demanda junto aos serviços, visto que não é possível se falar em “uso” de drogas, mas sim diversos “usos” e possibilidades. Como coloca o autor Gilberto Velho (1994) sobre o fato de que uma das principais

---

<sup>115</sup> Gestor Municipal 3.

<sup>116</sup> Gestor de CAPSad 1.

características dos denominados usuários de drogas é a sua ausência de características unificadoras.

Aqui consideraremos como perfil dos usuários das CMC àqueles que são encaminhados e admitidos nesse serviço e que respondem aos critérios de admissão.

Quanto ao público alvo para cada tipo de serviço, há um certo consenso, através dos relatos, de que cada serviço possui demandas diferentes a atender e novamente a concepção de que sozinhos, os serviços não darão conta da demanda e que existem limitações nesses serviços:

Cada um tem uma função diferente dentro da rede, porque nenhum deles dá conta. A unidade de desintoxicação é uma unidade fundamentalmente de tratamento químico pra desintoxicar o usuário precisa se internar pra fazer essa desintoxicação. Um tratamento clínico que inclui uma maior atenção do ponto de vista clínico de estabilização do paciente pra fazer a desintoxicação. Uma vez desintoxicado ele não precisa mais ficar internado, então ele pode fazer um tratamento num serviço aberto que ai os CAPS estariam dando essa cobertura... (informação verbal)<sup>117</sup>;

Então eu acho que a gente ainda escuta muito pouco os usuários no CAPS, ainda tem um modelo de tratamento padrão que as pessoas terão que se encaixar. Então é tamanho 36 e ai quem usar 38 fica apertado e quem usar 34 fica folgado! Ainda falta esse atendimento individualizado mesmo dentro do coletivo, óbvio que a gente não vai realizar todos os desejos de todo mundo, nem vai ser mágico, porque se não a gente seria uma droga e não é essa a intenção. A intenção é que possa se ter um serviço mais particularizado, mais especializado pra cada caso, pra cada situação. Sem ter tanto o peso do taxar o humano naquele programa que tem que ser todo mundo igualzinho, acho que isso é uma falha de qualquer serviço que conheço hoje voltado para os usuários de drogas... (informação verbal)<sup>118</sup>.

Interessante destacar que também há uma clareza no sentido das diferenças entre as CMC e um CAPSad 24 horas, que inclusive não existe na rede de atenção aos usuários de AD de Recife:

Então eu penso que um modelo como o da Casa do Meio do Caminho que não é um modelo hospitalar, que a pessoa vai lá pra ela ser o agente do tratamento, ela tomar conta de volta do tratamento dela, da vida dela, tomar as rédeas da vida dela... Então o albergue funciona especificamente pra isso... Agora eu estou aqui, agora a vida é minha eu vou tomar conta da minha vida. Então não poderia ser numa unidade hospitalar de jeito nenhum, não poderia ser um CAPS 24h, porque o CAPS 24h iria dar

---

<sup>117</sup> Especialista em AD 6.

<sup>118</sup> Gestor de CAPSad 1.

somente o suporte de dormir, assim, seria a mesma coisa do CAPS, mas um espaço pra dormir. Tem ainda o tempo máximo de permanência, que a pessoa por estar numa crise maior... Eu acho que poderia ter um CAPSad 24h, mas seria um outro equipamento, sabe?! Eu acho que a Casa do Meio do Caminho ela é fundamental nesse processo de recuperação o que ela precisa é de uma revisão e de um investimento maior pra que haja uma compreensão dentro da rede desse papel. Eu acho que é fundamental que se mantenha esse espaço protegido onde a pessoa vai precisar primeiro ficar livre da droga pra poder ver assim: é isso que eu quero? eu quero continuar livre da droga? ou eu quero continuar usando droga? A pessoa está extremamente intoxicada enrolada naquele ambiente. Então os primeiros dias da Casa ela vai começar a refletir... No CAPS 24 horas não dá pra fazer isso... (informação verbal)<sup>119</sup>.

Para as Casas do Meio do Caminho (CMC) há repetidas falas, como algumas aqui já colocadas, que demarcam o perfil do usuário como alguém que demanda por um serviço que: “[...] vai dar conta de um grupo que não precisa, necessariamente, de uma internação, mas que não está ainda preparado pra ta aí... ainda não está reintegrado, é alguém que está no meio termo” (informação verbal)<sup>120</sup>.

Outros compreendem que as CMC também devem atender pessoas em situação de risco social:

[...] o usuário dada as suas condições de vida sociais e econômicas, precisa de um espaço em que ele se afaste do local que talvez contribua pra o uso de álcool e outras drogas, mas, assim os albergues terapêuticos, sejam, sobretudo importantes pra aqueles usuários que tem envolvimento com o tráfico que são ameaçados que correm risco de vida, então eles precisariam disso ai, ou então, aqueles usuários que vivem em ambientes familiares que são danosos ao processo de recuperação do usuário, agora é ai que seria esses albergues terapêuticos pra se fazer, se dá esse suporte pra aqueles usuários que teriam alguma dificuldade de se engajar no tratamento (informação verbal)<sup>121</sup>;

[...] alguém entra pra uma estrutura tipo desintoxicação, que vai medicar, vai ajudar a dormir melhor, vai iniciar longas e sérias discussões sobre a questão da droga, uma modificação na relação dentro do espaço e na subjetividade do sujeito com a droga, mas isso num tempo muito curto... porque nós sabemos que a desintoxicação deve ser curta. Ora, ou você ficava usando uma estrutura mais pesada por um tempo longo e desnecessário ou você encurtava esse tempo e lançava o sujeito num social hostil, com traficante, com família que não sabe o que fazer com essas pessoas, com encontro com os mesmos amigos... Quer dizer, um retorno a um lugar que não facilitava a manutenção e o acompanhamento dessa proposta de modificação da relação subjetiva do sujeito com a droga. Eu entendo que a Casa do Meio do Caminho vem exatamente sustentar a posição inaugural na desintoxicação sem levar ainda o sujeito para uma relação com o social tal qual ele é, e espera o sujeito chegar. Então permite

---

<sup>119</sup> Gestor de CAPSad 1.

<sup>120</sup> Especialista em AD 1.

<sup>121</sup> Especialista em AD 1.

que você “economize” a unidade de desintoxicação e não permita ainda que o sujeito se lance numa vida banal social comum ainda... Então a Casa do Meio do Caminho, vem ser um tempo de solidificação, de reconhecimento mais claro pelo usuário, apoiado por uma equipe que está um pouco afastada da desintoxicação e não está exatamente lá na rua, essa equipe vai possibilitar essa pessoa consolidar, reconhecer melhor o processo no qual ele está inserido e prepará-lo para o retorno a essa vida banal, social, familiar, de trabalho etc. Ela é exatamente um pé de um lado e um pé do outro. A Casa do Meio Caminho é uma ponte entre uma estrutura, uma articulação de difícil sofrimento, inaugural no “rompimento” com a droga e o retorno ao social de onde o sujeito voltou. É essa ponte que toca nessas duas questões (informação verbal)<sup>122</sup>.

Relembrando mais uma vez que esse “perfil” não possuía um espaço no serviço público destinado a sua necessidade, pois eram as Comunidades Terapêuticas, geralmente de cunho religioso, que atendiam a este público (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

De modo que acreditava-se na existência de uma demanda reprimida. No entanto, o que se viu, foi uma baixa procura pelo serviço durante um bom período de tempo desde a inauguração da primeira Casa. Vários questionamentos internos, junto ao Programa Mais Vida, eram feitos a fim de se encontrar a justificativa para a baixa demanda.

Num dos relatórios de gestão (RECIFE, 2005c) encontramos o seguinte registro:

Uma dificuldade sentida em relação aos CAPSad é a dificuldade que a equipe destas unidades demonstram na compreensão do “perfil” de usuário que se deve mandar para Albergamento. Vários encaminhamentos foram feitos erradamente, o hóspede<sup>123</sup> chega ao Albergue sem saber quanto tempo irá passar albergado, ou seja, sem ter sido previamente preparado para tal modelo de tratamento (RECIFE, 2005c).

Acreditava-se que a baixa demanda tinha suas origens na pouca compreensão do modelo, da função e objetivos das CMC junto aos profissionais que encaminhavam os usuários. Também supunha-se que o desconhecimento por parte dos usuários e comunidade tivesse um peso pela baixa procura do serviço. Alguns questionavam que os usuários, de certa forma traumatizados com os serviços de internação, principalmente com relação a experiências negativas de internação em hospitais psiquiátricos, tivessem medo de procurar um serviço de “confinamento”. E ainda

---

<sup>122</sup> Especialista em AD 3.

<sup>123</sup> Hóspede: palavra escolhida para nomear o usuário em tratamento nas CMC.



questionava-se se a proibição ao uso do cigarro não seria um impedimento para grande parte dos usuários que queriam deixar outras drogas, mas não o fumo.

Um estudo de caráter exploratório, foi realizado a partir da coordenação do Programa Mais Vida junto aos CAPSad, mas não foi possível afirmar com precisão as hipóteses acima, visto que o estudo carecia de maior embasamento científico. No entanto, o que se viu foi que após uma série de debates internos incluindo capacitação em serviço sobre as CMC, debate com os usuários (inclusive garantindo-se a discussão sobre as Casas na Conferência Municipal de Saúde), e um longo e ainda inacabado debate interno para mudança do Programa Terapêutico, fez com que paulatinamente os serviços fossem sendo melhor referenciados e reconhecidos como um serviço importante para determinado “perfil” de usuários.

Assim, a partir do desenvolvimento da proposta e das experiências vivenciadas nas Casas, aos poucos essa referência da demanda e do tipo de usuário que se beneficiaria com o albergamento nas CMC, foi sendo ampliado. Inicialmente, quando as Casas foram criadas, só se encaminhavam os usuários que já tivessem um vínculo com o CAPSad de referência e que estivessem buscando a abstinência como opção de tratamento. Posteriormente foi discutida a possibilidade de que as Casas pudessem facilitar um futuro vínculo com o CAPSad. Este relato corrobora a decisão do Programa Mais Vida:

Eu *num* parava lá não... Dei umas 15 entradas na UD e toda vez que voltava no CAPS eu chegava lá bêbado... Aí me disseram que eu podia vir pra o albergue. Eu quis porque não agüentava mais ser sócio da UD. Fui lá pra lagoa e depois de uns quarenta dias comecei no CAPS de Afogados e tô lá até hoje... Fui até pra Conferência de Saúde, eu fui... (informação verbal)<sup>124</sup>.

Assim, podemos inferir que a mudança interna sobre os critérios que definiam o “perfil” adequado para se encaminhar um usuário facilitou o surgimento de uma demanda que certamente encontrava-se reprimida. Seria necessário um trabalho de cunho epidemiológico, quantitativo e qualitativo, de caráter científico, que buscasse

---

<sup>124</sup> Ex-usuário de AD 2.

a à afirmação desta observação e ainda a avaliação dessas Casas sob outras vertentes aqui não analisadas.

No entanto, apenas como registro, vimos através dos relatórios de avaliação das CMC, que cerca 354 pessoas foram atendidas e albergadas no período de 2004 a dez de 2007 nas CMC (RECIFE, 2005c; 2006; 2007) demonstrando que há um público significativo utilizando esses serviços. Estes números requerem um olhar específico que busquem dar conta de outros questionamentos e especificidades trazidos a partir das CMC e da complexidade que gira em torno da atenção aos usuários de AD.

#### 6.2.1.1.3 CrITÉRIOS de AdmissÃO

São vários os critérios de admissão trazidos pelo Programa Terapêutico, neste trabalho apresentado por numeração para facilitar a discussão. Também faremos o mesmo questionamento anterior: os critérios colocados contribuem ou não para que as CMC ofereçam uma atenção integral? São estes os critérios:

- Residir em localidades assistidas pelos Distritos Sanitários de referência da cidade do Recife;
- Apresentar relação de abuso / dependência de álcool, fumo e outras drogas;
- Não apresentar transtornos psíquicos e/ ou clínicos que comprometam sua participação no Programa Terapêutico.
- Apresentar condições de compreensão, participação e cumprimento do Projeto Terapêutico da Casa;
- Ter condições de assumir e realizar as Atividades da Vida Diária (AIVD's)
- Estar em tratamento em um CAPS ad (RECIFE, 2007c).

A partir desses critérios podemos inferir que as CMC baseiam-se:

- a) No critério da referência pela territorialidade: ou seja, buscam respeitar o que alguns teóricos dizem sobre a questão. Entre eles destaca-se Mendes (1993) que concebe o território a partir do distrito sanitário como um espaço de construção permanente. Este espaço é um produto de um conflito constante

no aspecto político-social. Essa concepção irá transcender a idéia de que território se restringe as características geofísicas. Assim, território, além de ser um solo, é um espaço de vida pulsante, de conflitos, de interesses, que envolvem aspectos econômicos, políticos, culturais e também epidemiológicos. Estes têm o dever de atender às necessidades e às demandas dos vários grupos sociais existentes no seu interior (MENDES, 1993). Assim, como critério de admissão, este tenta responder ao princípio da territorialidade respeitando as referências distritais para cada CMC (Quadro 2, p. 78). No entanto, em se tratando da complexidade envolta em AD, se este critério for rígido, negará a possibilidade de recebimento de usuários de outros distritos, o que seria um critério excludente que fere a universalidade e a integralidade. Por exemplo: um usuário em risco social precisará, em alguns casos, albergar-se numa CMC mais distanciada de sua própria comunidade, ou ainda se uma CMC estiver com seus leitos todos ocupados e uma outra estiver com vagas, poderá receber o usuário. Tais possibilidade vêm sendo percebidas cada vez mais nos encaminhamentos feitos para as CMC;

- b) Na idéia de que o usuário tenha uma relação difícil com a droga: o que parece muito óbvio, nem sempre o é (VELHO, 1994). Minimamente, o usuário precisa possuir essa relação de abuso ou dependência de drogas e desejar buscar ajuda, pois a CMC não é um espaço da assistência social e nem um “esconderijo” para quem está em conflito com a lei. Nesses aspectos, têm sido recorrente a procura pelas Casas com pessoas neste tipo de demanda. O que ocorre então? Quando o encaminhamento é feito, sem que estas questões tenham sido percebidas pelos técnicos do CAPSad que encaminharam o usuário, “naturalmente” este acaba desistindo do “tratamento” pois a dinâmica da Casa impõe a ele uma reflexão e um investimento pessoal que não se reflete em seu comportamento. Por diversas vezes do próprio grupo (os usuários albergados) conflui uma cobrança a que este usuário se envolva no Programa Terapêutico ou desista dele, o que nos remete a discussão sobre grupos e motivações feita por Levin (1973), na qual o próprio grupo forçará determinados comportamentos entre os membros envolvidos no tratamento;

- c) No fato de não apresentar transtornos: este é um grande problema e dificuldade encontrada não só nas CMC, mas, também, nos serviços de saúde mental de um modo geral. Tanto a comorbidade psiquiátrica é um critério excludente para o tratamento nos serviços de AD, quanto à dependência de álcool e drogas é excludente nos serviços de transtorno. De maneira que a população que possui a comorbidade fica à mercê de pequenos paliativos quando conseguem passar por uma triagem. Novamente percebe-se que os serviços de AD só conseguem dar conta de **um** dos problemas identificados (ALVES, 2006);
- d) Na necessidade de compreensão do Programa Terapêutico: esse é outro critério difícil de considerar. Os usuários crônicos não se encaixam de maneira fácil nesse critério. Muitos já perderam essa capacidade de “adesão” que os critérios indicam através das perdas físicas e do esvaziamento emocional trazido pelo uso abusivo das substâncias. Acabam por não conseguir participar dos grupos da maneira esperada pelos técnicos ou pelos próprios usuários que também cobram a participação e cuidado com as normas e regras da casa, tornando o convívio no interior do albergue muitas vezes difícil. O que fazer com esse tipo de usuário? Percebe-se que nem as CMC nem a rede de atenção como um todo, conseguem dar conta dessa população ainda mais específica, que demanda uma atenção também especial;
- e) Na capacidade de realizar as AIVD: esse é um critério que é muito pouco contestado, visto que esse público, ou seja, aqueles usuários que não conseguem realizar as AIVD, raramente chegam a qualquer serviço de AD. No entanto, algumas situações de desconforto provocados pela abstinência, quando esta ainda se faz presente, ou pela não adaptação do sujeito ao convívio com a coletividade (ex: uma diarreia, ou a dificuldade em higienização pessoal) tornam esse usuário “naturalmente” excluído da Casa;

- f) No vínculo com um CAPSad de referência: esse critério justifica-se a partir do momento em que os CAPSad são a “porta de entrada”<sup>125</sup> do sistema, ou melhor, da rede de atenção aos usuários de AD. No entanto, o fator tempo de tratamento em um CAPSad para poder ser encaminhado ao albergue era mais rígido e o albergue era visto como o último recurso a ser acionado na rede de serviços. Era como se a equipe do CAPSad precisasse tentar de tudo, antes de encaminhar o usuário para as CMC. Também em um dos relatórios de gestão pode-se observar essa questão:

[...] já aconteceu de o usuário estar a menos de um mês em tratamento no CAPSad de referência, sem ter vínculo algum com o serviço de origem, sem terem sido tentadas as possibilidades de tratamento dentro do CAPS, e como uma *urgência* o hóspede é mandado ao Albergue, e quem fica com a difícil tarefa de frustrar o usuário ao não admiti-lo, é a equipe do Albergue. Fatos como este acaba por prejudicar ainda mais a recuperação do usuário, pois ao perceberem que não vão ser albergados, ficam extremamente ansiosos e com raiva verbalizando por vezes que não irão retornar ao CAPS que os encaminhou (RECIFE, 2005c).

A partir de diversos questionamentos internos, no âmbito do Programa Mais Vida, a **triagem** realizada nas CMC transformou-se em **admissão**. Foi visto que o usuário ao ser encaminhado para as CMC passava pela atenção e cuidado do Técnico de Referência (TR), do médico clínico e do médico psiquiatra, para só depois seguir para a CMC. Como então o usuário seria impedido numa triagem na CMC? Viu-se que a admissão era mais adequada que uma triagem. No entanto os técnicos que realizam o recebimentos dos usuários não perderam sua autonomia em negar um possível albergamento, caso o usuário chegue intoxicado ou se perceba alguma característica que impossibilite sua estada e que tenha passado despercebida pela equipe do CAPSad que encaminhou. Tal mudança nesse recebimento dos usuários, configurou-se numa importante estratégia de atenção integral no sentido do estabelecimento de um fluxo mais coerente com a atenção integral e no crescente quantitativo de usuários para albergamento.

Vê-se que alguns critérios facilitam a atenção integral, e outros dificultam. Segundo Mattos (2006, p. 169): “[...] a noção de responsabilidade territorial / regional e oferta

---

<sup>125</sup> Apesar de se considerar a atenção básica como “porta de entrada” oficial do SUS, na rede de atenção à saúde mental, o que se percebe é que os CAPS é que são os ordenadores e reguladores da rede, ou seja, os CAPS acabam funcionando de maneira mais efetiva e direta como “porta de entrada”, inclusive respaldada pela portaria número 336 que regulamenta essa questão.

diversificada de programas entendendo que os problemas são complexos e ‘diversos’. Tornaram-se assim ultrapassadas, em tese, as premissas de seleção e exclusão”. Ou seja, para cada caso deve-se pensar numa possível solução, adequando por vezes os critérios a fim de que estes não enrijeçam o cuidado e atenção necessários.

Além dos critérios de admissão, existem as normas de funcionamento que são explicitadas no Manual dos Hóspedes:

- Permanência voluntária;
- Preservação do anonimato;
- Compromisso com o sigilo;
- Respeito ao indivíduo e ao grupo;
- Uso da palavra como principal forma de expressão;
- Preservação do espaço como um ambiente livre do fumo, álcool e outras drogas. (RECIFE, 2007c)

Destes, o mais destacado pelos entrevistados é a questão da voluntariedade:

“[...] sei que tem a questão da voluntariedade, lá dentro, que é uma das coisas centrais”<sup>126</sup>; “[...] vim pra cá porque eu quis. Se a gente não quiser não adianta e eu já sei disso”<sup>127</sup>, e; “[...] é fundamental o desejo deles e a vontade de virem buscar o tratamento. Quem não quer não fica. A gente abre a porta pra eles irem embora se for o caso...”<sup>128</sup> (informação verbal).

Aqui há um diferencial importante com relação a outros serviços de tratamento para AD que recebem internação compulsória, como os usuários advindos da Justiça Terapêutica<sup>129</sup>. As CMC não são espaços possíveis para este tipo de admissão. Já ocorreram alguns casos em que o Ministério Público quis obrigar as CMC a receberem esse tipo de demanda, mas paulatinamente através de reuniões com a Coordenação do Programa Mais Vida, essa compreensão da necessidade da voluntariedade foi sendo compreendida.

---

<sup>126</sup> Especialista em AD 1.

<sup>127</sup> Usuário de AD 1.

<sup>128</sup> Profissional Nível Médio1.

<sup>129</sup> A Justiça Terapêutica é definida como um conjunto de medidas que visam aumentar a possibilidade de que infratores usuários e dependentes de drogas entrem e permaneçam em tratamento, modificando seus anteriores comportamentos delituosos para comportamentos socialmente adequados (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DA JUSTIÇA TERAPÊUTICA, 2007).

Martins (2003) reflete que apenas um pequeno número de usuários de AD consegue gozar de uma oferta terapêutica especializada e que seja forjada no regime da contratualidade. Ressalta que o termo *especializado* nos remete a junção da competência técnica, que inclua o trabalho em equipe multiprofissional, e a suficiência de recursos, pois:

- 1) mesmo quando há a possibilidade de terapia especializada, esta não é viável para muitos usuários;
- 2) o atendimento gratuito raramente oferece tratamento especializado, considerando-se a precariedade do sistema público de saúde; e,
- 3) geralmente o atendimento gratuito é inferior em qualidade, quando comparado ao tratamento especializado, e ainda é “desprezado” pelos que podem pagar uma assistência particular.

Assim, os cinco primeiros pontos - permanência voluntária, preservação do anonimato, compromisso com o sigilo, respeito ao indivíduo e ao grupo e o uso da palavra como principal forma de expressão - nos parece um grande diferencial na oferta deste serviço: a possibilidade de estabelecimento de uma contratualidade entre o usuário e o serviço, o usuário e seu desejo em se albergar, em buscar ajuda.

No entanto com relação a não poder usar cigarro nas CMC, esse critério nos remete ao que Ayres e França Júnior (2000 apud SOUZA LEÃO, 2004) dizem: “tanto a atenção voltada para a demanda espontânea quanto para a organizada, podem ser pouco produtivas se a ação oferecida não se adequar às reais características das preocupações e questões dos principais interessados”.

Esta parece-nos a grande contradição do modelo. Se os casos de dependência de drogas geralmente apresentam-se sendo mais comum a politoxomania e não apenas dependência em uma droga, e ainda, na qual o tabaco é geralmente a droga que acompanha as outras no processo da dependência (ROCHA; SOUZA, 2006), como as CMC irão exigir a abstinência para todas as drogas de uma só vez? E se o sujeito não desejar parar de fumar? São inúmeros os questionamentos que envolvem essa questão que no interior do Programa Mais Vida ainda não foram resolvidos.

Apesar do relato abaixo afirmar que:

[...] historicamente as CMC estiveram em sua implantação muito mais voltadas pra suas normas e regras e menos na atenção ao sujeito e seu contexto em si. Agora as CMC começam ao ouvir, considerar mais a condição geral desse sujeito... (informação verbal)<sup>130</sup>.

Na prática percebe-se uma flexibilidade quanto alguns dos critérios aqui discutidos, mas com relação ao uso do cigarro, a atenção integral ao sujeito tem sido ameaçada. Por compreendermos que essa é uma questão polêmica no interior do Programa e de difícil solução, discorreremos mais a frente sobre esta discussão.

Tanto as dificuldades quanto as facilidades para adesão ao tratamento parecem esbarrar de maneiras diferentes junto aos diferentes usuários. A participação nas comissões da Casa, a questão das regras e normas, a estrutura física, a alimentação, a presença/ausência dos médicos e da equipe técnica, a medicação e ainda o ambiente livre do fumo, são questões que por vezes aparecem como facilitadoras ou como dificultadoras no processo de adesão ao modelo. Uma avaliação qualitativa dessas questões precisa ser feita para que possa haver uma melhor compreensão da pertinência do modelo.

#### 6.2.1.1.4 Período de Albergamento

Há um questionamento quanto ao tempo de internação dado no modelo das CMC. Apesar de estar atualmente utilizando-se desta questão de maneira mais flexível, ainda observa-se o quanto, na formação das Casas, o tempo condicionou o tratamento a uma atuação profissional rígida, seja no período anterior de vínculo com o CAPSad, que previa um período mínimo de seis meses para a admissão do usuário na Casa, seja o tempo de albergamento em si, que era previsto entre o período mínimo de 30 dias e máximo de 45 dias. Essa rigidez no tempo também foi abandonada durante o processo de avaliação interna das CMC e readequação do Programa Terapêutico, pois percebeu-se que: “Outra coisa é a questão do tempo,

---

<sup>130</sup> Coordenadora da CMC 2.



você não pode ter um tempo, *a priori*, definido, é a evolução que vai dizer o tempo” (informação verbal)<sup>131</sup>.

Há o relato de que esta questão vem sendo observada a partir de cada caso:

[...] veja ele não vem do CAPS? Ai a gente ta falando do modelo que existe; a gente não tem que respeitar o projeto que ele vem? o projeto terapêutico individual? Então eu acho que a gente tinha que respeitar isso. Porém lá, a gente também tem como ajudar nesse Projeto Terapêutico Individual feito no CAPS, mantendo o contato com o pessoal de lá e vendo a necessidade dele permanecer. Por quê? Tem gente lá que pede, que diz “eu preciso ficar mais tempo”, “não foi o suficiente”. E ele sai, a gente que ele de fato não tá tão preparado, mesmo que... mas a gente fica preocupado em sair tanto dessa regra (informação verbal)<sup>132</sup>.

Essa preocupação com o fator tempo encontra eco em outro relato:

De um modo geral observa-se este em outras instituições, que parecidas com as das CMC, possuem um tempo mais flexível pensando-se na necessidade e na complexidade de reestruturação do dependente. “Por tempo indeterminado. Em geral eram seis meses/ um ano, até que eles tivessem estruturados pra cair na vida de novo” (informação verbal)<sup>133</sup>.

Segundo o Programa Terapêutico do modelo (RECIFE, 2004), o tempo mínimo e máximo, foi pensado como um norteador, que não deveria ser rígido, apenas observado pra que o serviço não estimulasse a institucionalização do sujeito. Inclusive desta maneira a CMC não se oporia ao processo da Reforma Psiquiátrica no sentido de terminar por estimular a “institucionalização” do sujeito. No entanto, alguns profissionais questionam-se quanto à adequação deste tempo pré-estabelecido:

[...] tenho as minhas dúvidas que essa Casa do Meio do Caminho, como ela tem um tempo pra ficar com esses usuários... ai a gente fala de particularidade e tal... E cada um tem um tempo de tratamento e 6 meses pode ser pouco ou 6 meses dê legal, que ele esteja bem... Então assim na Casa do Meio do Caminho existe um tempo pra ele ficar e o usuário de drogas quando ele se trata, se ele entra ali eu penso que o tempo ainda vai ser determinado de acordo com o tratamento dele. Ele entra pra um tratamento indeterminado eu penso! E ai na Casa do Meio do Caminho esse

---

<sup>131</sup> Especialista em AD 1.

<sup>132</sup> Coordenadora da CMC 2.

<sup>133</sup> Especialista em AD 1.

tempo já é determinado sim. Até então desde que o Albergue inaugurou ele tem, ele existe, um tempo que é de 30 a 45 dias apesar de, lá na minha prática já ter umas pessoas que passaram 72, 68 e hóspedes também que já passaram um final de semana pra se preservar... (informação verbal)<sup>134</sup>.

Observa-se no relato acima que algumas estratégias e flexibilidade com relação a este critério, vêm sendo dadas na perspectiva de uma atenção integral. No entanto, o relato de um familiar traz à tona a necessidade de um debate mais intenso no interior do Programa Mais Vida quanto à proposta oferecida: “Eu vi foi que quando ele tava ficando bom já era pra ir embora. Aí eu achei isso ruim porque ELE recaiu muito rápido. Precisava gastar mais um tempinho com ele lá dentro...” (informação verbal)<sup>135</sup>.

#### 6.2.1.1.5 A Grade Terapêutica

O Programa Terapêutico oferecido como norteador para as ações de prevenção, promoção e assistência à saúde, a variedade de grupos oferecidos pela CMC em sua proposta de Grade Terapêutica advinda do Programa Terapêutico, a Abordagem Biopsicossocial como escolha teórica e prática para as ações e atividades realizadas na CMC, e ainda o Manual dos Hóspedes, O Regimento Interno, os impressos utilizados para a organização do serviço bem como a questão do Prontuário Único são exemplos (RECIFE, 2007c) de como a gestão atual está buscando “padronizar” o chamado de “Menu Terapêutico” (ALVES, 2006), junto à todas as CMC.

Até o início de 2007, cada CMC tinha o seu “Menu Terapêutico” exclusivo e diferenciado, o que gerava diversas discussões e problemas no colegiado das coordenações das CMC e conseqüentemente uma impossibilidade de uma discussão mais ampla e ao mesmo tempo mais coesa com relação ao que se queria atingir com as CMC.

A partir da compreensão de que tais “recursos” diferenciados prejudicavam os encaminhamentos dos usuários, bem como sua adesão ao tratamento e à proposta

---

<sup>134</sup> Coordenador da CMC 2.

<sup>135</sup> Familiar 1.

da Casa, iniciou-se um processo trabalhoso e difícil junto aos gestores, coordenadores das CMC e aos poucos foram-se revendo cada um desses materiais.

Paulatinamente, foi-se discutindo desde a compreensão teórica que existia sobre dependência química, redução de danos, abordagem biopsicossocial, abordagem psicanalítica, ambientes livres do fumo; às questões de cunho mais prático, normas e regras internas, o que dificultava ou ajudava aos usuários, o que facilitava ou não a melhoria de sua qualidade de vida e seu problema de uso abusivo de droga. Se as ações, o Programa Terapêutico, o fluxo na Rede de Atenção aos usuários de álcool, fumo e drogas estavam mesmo respondendo aos princípios do SUS, inclusive a integralidade. Os impressos das Casas (RECIFE, 2007c) foram ajustados e atualmente são iguais em todas as CMC facilitando os encaminhamentos dentro da própria rede de atenção.

Do nosso ponto de vista, tal processo ainda encontra-se em ascendente mudança no sentido de responder a questões inquietantes que dificultam uma atenção qualificada e coerente com os princípios do SUS, no entanto, há o reconhecimento do avanço trazido por esse processo, com a clareza de que muito ainda falta ser feito.

Olhando para o objeto CMC percebe-se que muito foi reconstruído, adaptado; como o Programa Terapêutico que agora é único para todas as CMC, dando uma maior aproximação quanto às normas e regras que organizam a dinâmica interna das Casas – reconhecendo-se a necessidade de manter-se as especificidades de cada Casa, visto que desde os aparatos técnicos (equipe) e a estrutura física demandarão sempre pontos exclusivos a serem observados a partir de cada Casa específica.

Também a leitura técnica e a concepção teórica sobre a Abordagem Biopsicossocial – tirando-se dos documentos a leitura psicanalítica que algumas Casas colocavam como teoria norteadora – tem sido cada vez mais incorporada pelas coordenadoras da Casa como uma mudança necessária à conformidade com os princípios do SUS.

A Grade Terapêutica, que apesar de ainda conter alguns grupos diferenciados em cada Casa, possui um rol mínimo dos grupos e atividades que devem acontecer na

Casa, bem como a concepção teórica do que pode ser cada um desses grupos, seus objetivos específicos e tempo de duração:

Olhe a programação terapêutica, a proposta terapêutica de casa eu acho muito interessante. Ela perpassa desde a atividade manual, da ocupação mesmo. Então assim, as poucas vezes que eu pude está lá e ta olhando essa grade eu pude ver que a proposta terapêutica ela ocupa quase o tempo todo dos usuários, exatamente pra não possibilitar essa busca pelo uso da droga e do álcool pela preocupação. Então o tempo todo há sempre alguma atividade terapêutica ou de discussão de grupo, ou de atividade manual em grupo pra que o usuário se sinta ocupado e se sinta produtivo também (informação verbal)<sup>136</sup>.

O Manual dos Hóspedes e o Regimento Interno ainda não foram analisados coletivamente pelos técnicos do Programa Mais Vida em sua totalidade. Alguns pontos mais gerais já foram discutidos e algumas mudanças pontuais foram feitas, como algumas questões presentes relativas às normas de funcionamento de TV, uso de piscina, saída de final de semana, horários de visitas, entre outros.

Há a opção do Prontuário Único na perspectiva da Integralidade Macro, visto que este também se refere à necessidade de se trabalhar em Rede, observando-se os fluxos existentes entre as unidades de saúde, no entanto nem todos os CAPSad aderiram a esta forma de trabalho. Foi observado através do Diário de Campo que esta opção, o Prontuário Único, facilita o olhar integral sob o sujeito visto que toda sua história e contexto estará relatada, facilitando o trabalho da equipe das CMC. Também o retorno desse prontuário após o período do albergamento tem sido considerado como de grande valia para as equipes do CAPSad. No entanto, como uma questão de foro interno junto ao Programa Mais Vida, no sentido do uso deste instrumental de trabalho, algumas questões éticas e práticas (transporte desse material por exemplo) precisam ser discutidas a fim de legitimar a saída de um prontuário de uma unidade de saúde (no caso os CAPSad) para outra unidade (as CMC).

---

<sup>136</sup> Gestor Municipal 3

## 6.2.2 A Composição da Equipe e Suas Relações Interpessoais

Para a análise de que o princípio da integralidade está sendo levado em conta, é fundamental discutir o papel de cada profissional na dinâmica do serviço que se propõe a realizar um olhar integral sobre o sujeito usuário de álcool e drogas.

Assim, com relação à composição da CMC, viu-se que a proposta deve contemplar uma equipe mínima com 7 Acompanhantes Terapêuticos (AT) - que podem ser de nível médio e inclusive há um estímulo de que ex-usuários ou usuários sem uso abusivo possam ser AT - um técnico de nível superior (geralmente psicólogo ou assistente social), um educador físico (no caso, advindo do Programa Academia da Cidade<sup>137</sup>) um coordenador clínico-administrativo e pessoal de apoio – que pode variar entre pessoal de serviços gerais, higiene, administrativo, além da segurança da casa que é feita pela guarda municipal ou vigilantes terceirizados.

No entanto, diante das diversas dificuldades de contratação de recursos humanos, essa equipe mínima nem sempre foi contemplada:

Eu acho que deveria estar cuidando acompanhando esses usuários, 15 usuários e 1 plantonista,... mais de um plantonista... Tem eu hoje como coordenação e como psicóloga, e tem uma assistente social, mas não é a realidade das outras Casas do Meio do Caminho. A gente tem a Casa do Meio do Caminho o Luiz Cerqueira, que não tem técnicos de nível superior nenhum<sup>138</sup>, a não ser a coordenadora da casa que é psicóloga também e que pode fazer às vezes. Mas assim o técnico de nível superior que deveria estar lá... (informação verbal)<sup>139</sup>.

Mesmo que a equipe estivesse completa em cada CMC, vê-se que é necessário um olhar para a composição e formação desta equipe:

Enquanto Casa do Meio do Caminho eu acho que essa composição de profissionais está dando conta do recado. Mas não é o ideal. O ideal seria mais de um plantonista, porque hoje a gente tem um plantonista só, pra tudo, e tem o coordenador clínico, que no caso sou eu e tenho minha formação em psicologia, mas não necessariamente era um pré-requisito

---

<sup>137</sup> O Programa Academia da Cidade foi implantado em 2002, pela Secretaria de Saúde do Recife, como uma política de promoção à saúde, com ênfase na atividade física, lazer e alimentação saudável (RECIFE, 2001).

<sup>138</sup> Recentemente, dezembro de 2007, a CMC Luis Cerqueira recebeu um técnico de nível superior advindo de uma transferência de outra unidade de saúde.

<sup>139</sup> Coordenadora 1 da CMC.

pra eu ser coordenadora da casa. Eu tenho, mas não era requisito, eu posso fazer algumas intervenções se houver um caso mais urgente, uma escuta como acontece se a acompanhante solicitar (informação verbal)<sup>140</sup>.

A opinião de especialista na área de álcool e drogas também reflete a problemática da composição dos recursos humanos na CMC: “Eu acho que essa estrutura é um pouco frágil, pra dar conta de toda a demanda” (informação verbal)<sup>141</sup>.

Essa formação técnica mínima das Casas, para um dos especialistas, traz uma questão necessária à reflexão: “[...] eu acho que é super interessante essa idéia, mas eu acho que essa equipe é ainda deficitária, se você pensar que a instituição só vai ter isso” (informação verbal)<sup>142</sup>.

Ainda sobre a equipe que compõe a casa: “[...] pela equipe, pela forma de funcionar, ela vai abranger uma determinada demanda que vai certamente se beneficiar disso, mas que, de uma certa forma ela vai deixar de olhar pra outras necessidades...” (informação verbal)<sup>143</sup>.

Percebe-se que a questão da formação da equipe também preocupa os que conduzem as CMC no seu dia a dia:

O que é que acontece? Grupo operativo, que é um grupo; que eu acho que tem que ter uma atenção. A pessoa que tem um conhecimento maior. É feito pelos acompanhantes. Acompanhante é um nível médio, eles não são orientados pra isso. Então o grupo operativo perde por muitas vezes ou quase sempre o foco. Eu sei porque eu tive a experiência de trabalhar lá como acompanhante e eu fazia grupo operativo, mas assim eu tinha minha formação de psicóloga. Agora acho que não é que os acompanhantes... ensino médio tudo bem, acho que o pré-requisito não tem que ter nível superior não, agora precisa ter um nível superior dentro da CMC. Não é o nível superior e sim um psicólogo, um assistente social, pra dar atenção a outras coisas, porque o coordenador se sobrecarrega muito se ele assume também esse papel de técnico que era pra ter sido mandado pra lá e não foi (informação verbal)<sup>144</sup>.

Quando analisamos a composição geral das equipes dos CAPSad, UD e CMC, percebe-se que há um consenso entre a importância de um trabalho multidisciplinar: “[...] a equipe multidisciplinar é fundamental e em todos os CAPS a gente vai ter

---

<sup>140</sup> Coordenador da CMC 1.

<sup>141</sup> Especialista em AD 1.

<sup>142</sup> Especialista em AD 1.

<sup>143</sup> Especialista em AD 2.

<sup>144</sup> Coordenadora 1 da CMC.

médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo... enfim, gente que possa dar conta da complexidade do problema (informação verbal)<sup>145</sup>.

No entanto, nas CMC, essa equipe é bastante reduzida pela sua especificidade e característica de uma unidade de saúde não-médica. Alguns questionam a composição da equipe das CMC:

Na Casa do Meio do Caminho, entendida como um anexo do CAPS... Eu só observo uma desigualdade seria em relação a horário, com relação a investimento né, que é um problema em relação a isso... também tem menos gente trabalhando lá... (informação verbal)<sup>146</sup>.

Neste trabalho compreendemos as relações interpessoais existentes entre a equipe multidisciplinar como de fundamental importância para garantia da efetividade da integralidade das ações propostas. Segundo Souza Leão (2006, p. 60) “é buscando avaliar tanto a formação da equipe com a inserção de profissionais de diferentes áreas do saber, como o modo de agir e interagir dos mesmos nos seus respectivos espaços de trabalho”, que poderemos observar o princípio da integralidade na equipe de trabalho. E continua afirmando que “as repercussões dessas práticas, e as próprias práticas, certamente irão corroborar ou dificultar o olhar integral sobre o sujeito [...]” (SOUZA LEÃO, 2006, p. 60).

Assim, descrever quem são esses atores é de fundamental importância para melhor avaliação das CMC.

#### 6.2.2.1 O Gerenciamento

As CMC são gerenciadas por uma equipe colegiada que tem o gerente de um CAPSad de referência como Gerente Geral, o Coordenador Clínico e Administrador do CAPSad como suportes e o Coordenador Clínico (também chamado de Chefe de Serviços) como o gerente local junto as CMC. Assim, de acordo com o Programa Terapêutico vê-se que:

---

<sup>145</sup> Profissional Nível Superior 2.

<sup>146</sup> Profissional Nível Superior 1.

- **O Gerente da Unidade** tem como papel coordenar o funcionamento geral da Casa e a interface com o CAPSad, DS, Programa + Vida e Secretaria de Saúde. Vale ressaltar que o gerente da Casa do Meio do Caminho é o mesmo que gerencia o CAPSad de referência, objetivando facilitar a comunicação e encaminhamento entre as duas unidades.
- **O Coordenador Clínico** tem a função de acompanhar e orientar a equipe na execução do Programa Terapêutico e na administração da Casa, incluindo também atendimentos individuais (ao hóspede e à família), coordenação de grupos, reunião técnica, avaliação dos casos e encaminhamentos. Supervisionar os prontuários e os registros de acompanhamento dos Acompanhantes Terapêuticos de Referência, dos casos clínicos, visando assegurar a sistemática do atendimento ao hóspede. Elaborar documentos e relatórios relativos ao serviço. Acompanhar a dinâmica da equipe interdisciplinar para que a mesma desempenhe seu papel da forma mais integrada. É função também do coordenador clínico, realizar articulações referentes a encaminhamentos dos CAPSad de referência, assim como sempre estar em contato com a gerência e coordenação clínica dos CAPSad de referência daquele Albergue (RECIFE, 2007c, grifo nosso).

Através do Diário de Campo observamos que estes são atores de extrema importância para garantia dos fluxos e organização do processo de trabalho nas CMC. O relato que segue também reforça esta observação feita:

Tem a coordenação que é quem sustenta o funcionamento da Casa, quem dá toda a infra estrutura mesmo de cuidado de atenção... Que é quem faz a coordenação direta com os acompanhantes terapêuticos e com a administração da Casa e que faz também a ligação entre o Albergue e o CAPS. Então a gerência e a coordenação são importantíssimas na Casa [...] a coordenadora tem a característica também de coordenar o grupo operativo, o grupo 24h que é um grupo que acontece diariamente de segunda a sexta-feira pra avaliação das últimas 24h da dinâmica da casa, a parte mais da relação das pessoas com a instituição e faz as entrevistas iniciais de entrada na casa que é chamada também de triagem, ela vai fazer essa avaliação com cada hóspede... (informação verbal)<sup>147</sup>.

#### 6.2.2.2 Os Técnicos de Nível Superior

Como já referido, nas CMC os únicos técnicos de nível superior que compõem a equipe são um psicólogo ou um assistente social e o professor de educação física, numa parceria com o Programa Academia da Cidade. Assim vê-se que:

---

<sup>147</sup> Gerente de CAPSad 1.



- **O Técnico de Nível Superior** colabora com todo o programa terapêutico. Deve coordenar o grupo “re-pensando as últimas 24h” (e outros que se façam necessários), além de realizar atendimento familiar e aos hóspedes. Pode também identificar variáveis sócio-familiares e econômicas que interferem direta ou indiretamente no tratamento do dependente de substâncias psicoativas. Contribui com o trabalho do Acompanhante Terapêutico através da discussão dos casos clínicos e no encaminhamento das situações que interferem no bem-estar do usuário albergado. Participa de eventos, grupos de estudo entre outras atividades que contribuam com o processo de aperfeiçoamento profissional. Realiza admissão do usuário devidamente encaminhado pelo CAPSad em dias e horários devidamente determinados, faz encaminhamentos dos hóspedes para o CAPSad, visando a continuidade do tratamento, informando os resultados atingidos durante o albergamento e a orientação para continuidade do Processo Terapêutico. Cabe ainda ao técnico de nível superior evoluir diariamente no prontuário do hóspede.
- **O Educador Físico.** É um profissional contratado pela Prefeitura da cidade do Recife através do Programa Academia da Cidade. Tem a função de orientar os Hóspedes na Prática de Exercício Físico, proporcionando momentos de descontração e diminuição no nível de ansiedade dos hóspedes, facilitando a adesão ao tratamento. Além de proporcionar a (re) inserção social através da prática esportiva (RECIFE, 2007c, grifo nosso).

Também a função de cada um desses atores encontra-se em momento de discussão interna sobre a prática e o papel por eles desenvolvido nas CMC. Principalmente sobre o técnico de saúde mental:

Tem um técnico de saúde mental, que dá um suporte pra essa coordenação clínica, faz a parte de coordenação de alguns grupos também grupo de família divide essa ação, faz também as triagens... Eu penso que o técnico, esse técnico de saúde mental ele precisava ter atribuições mais claras, porque fica uma posição meio frouxa dele na casa, em alguns momentos ele se torna, é cruel a palavra, mas o que está vindo na minha cabeça é assim, é sem muita função por conta de não se sentir responsável pela dinâmica da casa... (informação verbal)<sup>148</sup>.

Apesar de não existir o papel do Supervisor Clínico ou Institucional, este é um recurso considerado importante para a minimização de problemas e reflexão sobre a organização e os processos de trabalho. Por não haver esse profissional a Reunião Técnica é compreendida como um espaço privilegiado para a discussão dos casos e troca de saberes entre os que fazem a equipe técnica.

Nos relatórios de avaliação das CMC (RECIFE, 2005c, 2006a 2007b) vêem-se algumas tentativas dos gestores e técnicos das CMC em aperfeiçoar a equipe como um todo e realizar capacitação em serviço. No entanto, tais estratégias por serem de

---

<sup>148</sup> Gestor de CAPSad 1.

caráter de iniciativas isoladas de cada serviço, nem sempre puderam acontecer a contento, ou seja, não há continuidade das capacitações e a tentativa de se criar alternativas de educação permanente continuam precárias.

### 6.2.2.3 Os Acompanhantes Terapêuticos

E quem é este Acompanhante Terapêutico - AT, dito profissional de extrema importância para o funcionamento e organização da CMC? Segundo o Programa Terapêutico das CMC, o AT é aquele que:

Deve estar junto/acompanhar o usuário nas atividades (internas e externas à unidade) propostas à melhoria de sua qualidade de vida, servindo como ego auxiliar nos momentos de maior tensão e angústia dos hóspedes. Realiza grupos, oficinas terapêuticas [...]. Planeja e coordena alguns grupos que se façam necessários; intermedia situações que envolvam o hóspede e sua família [...] registra em "livro ata" a rotina das atividades cotidianas [...] e tudo o que for relevante no que se refere as relações interpessoais entre os hóspedes e relações com a equipe; [...] atua como Acompanhante Terapêutico de Referência dos hóspedes [...] evolui semanalmente nos prontuários e realiza atendimentos e situações relevantes, tais como visitas, retorno de final de semana, queixa clínica ou psiquiátrica, etc. Pode ainda aplicar alta administrativa e dar advertências, [...], acionar serviços de urgência / emergência em casos de agravos clínicos do hóspede (Por ex.: SAMU); manter constante fluxo de comunicação com a Gerência da Unidade, Coordenação clínica e demais profissionais que compõem a equipe técnico-administrativa da **Casa**. Sua carga horária em regime de plantão diurno e noturno permite que tenha conhecimento da dinâmica da vida do hóspede, de forma que o ajude a buscar estratégias para melhorar sua vida (RECIFE, 2007c, grifo nosso).

Esse profissional também é uma inovação no setor público de saúde, visto que enquanto função não se tinha conhecimento desse tipo de profissional junto a usuários de álcool e drogas. Geralmente o conhecido profissional, Acompanhante Terapêutico, é aquele que desenvolve suas funções junto de pessoas que sofrem de transtornos psíquicos ou idosos e/ou ainda, crianças. No entanto aqui há a especificidade dele desenvolver seu trabalho junto às pessoas que usam drogas, num ambiente considerado um serviço de saúde.

Para alguns, o AT tem a tarefa de:

[...] estar acompanhando, como a palavra está dizendo, os hóspedes e cuidando pra que essa pessoa possa realizar o programa terapêutico individual dela dentro daquela casa. Então ela vai ser como um ego auxiliar que vai estar lembrando ao grupo, lembrando aos indivíduos o que é que eles estão fazendo ali. Ele tem essa tarefa de, principalmente em tarefas de vida diária como refeição, ou vendo televisão, conversando... Então todo momento de relacionamento tem que ser a favor da melhora da qualidade de vida do grupo que está lá. Os acompanhantes têm esse papel, esse papel terapêutico e tem também o papel administrativo da parte de medicação do cuidado de toda essa parte de atenção aos hóspedes, de ver planilha de medicação... Todos os registros, de registro de relatório diário, relatório de campo, diariamente ele faz isso e algumas tarefas também mais burocráticas que o acompanhante tem que acumular pra garantir o funcionamento da casa (informação verbal)<sup>149</sup>.

Para outros, esses profissionais não são suficientes para dar conta do serviço ora posto, no entanto, observa-se o desconhecimento de quem é esse profissional, inclusive confundindo-o com os cuidadores das residências terapêuticas e trazendo reflexões que perpassam pela concepção do modelo, da natureza do serviço. Para uma avaliação adequada do papel do AT, precisaria ser levada em conta diversas questões que certamente o entrevistado desconhece. No entanto sua opinião também reflete a real carência e necessidade de capacitação e estudo para se lidar com a complexidade do fenômeno uso de drogas:

Essas pessoas que são Acompanhantes Terapêuticas, **e que muitas vezes vivem lá**, a gente vê que essas pessoas não tem esse preparo. Então fomos com o conselho municipal e a gente entrevistou algumas pessoas pra ver quais as experiências. Então tinha uma moça que ia, ficava lá, dormia lá com esses pacientes. Uma moça jovem, sem uma maturidade ainda como pessoa... Você veja, simplesmente essa pessoa é uma pessoa que em qualquer situação ela não vai ter estratégias de como sair dessa... Você via que era muito jovem pra ter uma bagagem que desse um suporte na hora mais difícil. Ela disse: “não... mas eu fecho a porta do quarto e me tranco”. E aí e se acontecer um grande transtorno lá fora? Às vezes, você vê, uma casa cheia de homens, com histórias pesadas nessa área, e que fica uma jovem lá pra dormir com eles e que muitas vezes fica insegura de que exista algum problema. Então quando a gente começa a conversar com as pessoas qual sua experiência com dependência química? –“Não, tô começando agora”. Gente sem nenhuma experiência de lidar com dependente químico. Então eu acho que, essas pessoas que ficam principalmente, à noite nesse horário, deveriam ser pessoas mais preparadas. Não precisa botar um brutamente nesse lugar, mas botar pessoas que tivessem com maior preparo, tanto de maturidade como pessoa, pessoas mais experientes, com maior conhecimento de quando a pessoa tá na dependência química... (informação verbal, grifo nosso)<sup>150</sup>.

Tal especificidade faz desse profissional um ator de enorme importância no desenvolvimento da proposta das CMC.

---

<sup>149</sup> Coordenador CMC 1.

<sup>150</sup> Especialista em AD 5

No entanto a precarização dos vínculos tem sido um forte impeditivo na fluidez do princípio da integralidade na dinâmica das CMC a partir do AT. Ou seja, a grande rotatividade dos AT, a instabilidade do emprego, a insegurança de que a proposta se mantenha independentemente de governo, tem trazido sérios questionamentos no âmbito do processo de trabalho destes profissionais que certamente respingam em sua atuação técnica.

Atualmente percebe-se um esforço da gestão em regularizar essas questões<sup>151</sup>, principalmente pelo reconhecimento da comunidade<sup>152</sup> e dos profissionais de saúde quanto à necessidade e importância das CMC.

A fala da atual Coordenadora do Programa Mais Vida bem coloca essa questão:

Nesse momento, a gente está construindo um aditivo com o Oscar Coutinho pra que a gente possa “desprecarizar” os vínculos dos acompanhantes terapêuticos [...] a gente tem sete acompanhantes por cada albergue e aí nesse aditivo com o IMIP a gente conseguiu colocar sete acompanhantes e mais um, para cada albergue. Então a gente fez uma proposição de uma contratação pra 32 acompanhantes, considerando quatro que a gente vai estudar, se a gente pode criar essa equipe para dar suporte geral, ferista... faltou... ele estará cobrindo... e também, eu estou pensando – e vou levar pra reunião dos albergues – de esses quatro não ficarem fixos, eles formarem uma equipe pra dar suporte nos finais de semana. Então a gente poderia fazer os horários deles de final de semana pra gente sempre ter um ou dois, de sob aviso, no momento de uma urgência, no momento de uma crise. Isso a gente vai levar... Eu tenho colocado pro grupo, desde que eu cheguei, que eu estou sendo uma interlocutora, então essas decisões a gente pensa, politicamente e tecnicamente, estar discutindo com o grupo e isso foi uma proposição que surgiu na medida que eu dei esse número de 32 e, aí, a gente vai levar pra construir no colegiado dos albergues (informação verbal)<sup>153</sup>.

Além de um ator de grande relevância para o funcionamento organizativo e terapêutico das CMC, a função Acompanhante Terapêutico como a que está descrita no Programa Terapêutico das Casas também é uma inovação do cargo / função juntamente com o modelo. O AT mais comumente conhecido é aquele que

---

<sup>151</sup> Foi aprovada na Câmara Municipal a criação do cargo Agente Redutor de Danos, através do Projeto de Lei Nº 41, que incorporou as atribuições do Acompanhante Terapêutico das CMC, a fim de que possa ser realizado o concurso público até abril de 2008. Tal iniciativa municipal tem sido motivo de grande repercussão em nível nacional. Há um reconhecimento da importância junto ao Movimento Nacional da Redução de Danos na efetivação dos redutores de Danos. O cargo irá incorporar as funções do Redutor de Danos propriamente dito (aquele trabalhador de campo) e do Acompanhante Terapêutico.

<sup>152</sup> No documento da VIII Conferência Municipal de Saúde, ficou a proposta da implantação de uma CMC para cada DS (RECIFE, 2007d).

<sup>153</sup> Gestor Municipal 1.

acompanha pessoas que sofrem psiquicamente decorrentes de transtornos mentais, ou ainda àqueles que acompanham idosos, menores, portadores de deficiência em atividades diversas<sup>154</sup>.

#### 6.2.2.4 O Apoio Administrativo e Vigilância

Estes são atores de grande relevância na dinâmica do serviço pois facilitam diversos processos de trabalho e apesar de não serem considerados profissionais que vão trabalhar diretamente com os usuários, na prática, terminam por desenvolver algumas atividades que são consideradas fundamentais na perspectiva da Clínica Ampliada (BRASIL, 2007b). São eles:

- **O Apoio Administrativo:** É função e responsabilidade do setor administrativo questões de Recursos Humanos (inclusive controle de frequência e folha de ponto), controle de pedidos e recebimentos de refeições diariamente na quantidade exata, supervisão da limpeza e conservação da casa, pedido e fornecimento de vales-transporte, abastecimento de material de expediente, manutenção de equipamentos e articulação com o Distrito Sanitário e sua rede de serviços entre outras atividades.
- **Apoio de Serviços Gerais:** O profissional de serviços gerais, contratado por empresa terceirizada, é responsável pela limpeza, higiene e manutenção da casa. A lavagem de roupa de cama fica a critério de cada DS.
- **Guardas Municipais e Vigilantes:** A vigilância e sistema de segurança são exercidos pela Guarda Municipal da Prefeitura da Cidade do Recife e vigilantes contratados por equipe terceirizada. Sempre que necessário, a vigilância é reunida juntamente com seu supervisor para avaliação de desempenho e discussão das situações que por ventura apresentem indicação de mudança e redefinição das estratégias de atuação, buscando solucionar conflitos e traçar novas metas de trabalho (RECIFE, 2007c, grifo nosso).

Por conviverem diretamente com os usuários e acompanharem a rotina da CMC estes atores terminam por se tornar “técnicos” de saúde mental, pois a simples recepção ao usuário e seus familiares que chegam às CMC se for dada de maneira

---

<sup>154</sup> “O Acompanhamento Terapêutico é um procedimento que tem como objetivo essencial ajudar pessoas que apresentam dificuldades de relacionamento e convívio social, devido a comprometimentos na área emocional, limitações físicas, sensoriais e/ou dificuldades de aprendizagem, a descobrir novas possibilidades de inserção social, através da ampliação de seu relacionamento interpessoal e sua área de circulação” (DONINI, 2008).

cordial, atenciosa e cuidadosa ajudará ou não no processo da adesão ao tratamento.

Diversos exemplos como este foram observados no dia a dia das CMC através do Diário de Campo. No entanto, aqui não caberiam para análise mais minuciosa e como ilustração, talvez perdessem a singularidade do contexto em que os fatos ocorreram. O interessante é registrar que cada vez mais esses profissionais são considerados membros da equipe técnica inclusive participando das Assembléias e discutindo algumas particularidades da dinâmica das CMC.

### 6.2.3 A Convivência dos Paradigmas: Redução de Danos X Ambientes Livres do Fumo, dicotomia de uma mesma atenção?

Martins (2003, p. 106) lembra que “são muitas e enfáticas, as argumentações a favor da proibição/intervenção/erradicação das drogas ilícitas, apesar do ônus impingido às instituições públicas”, sem contar nas questões das violações dos direitos civis e ainda do envolvimento policial e jurídico em corrupções de diversas naturezas.

Apesar de estarmos pontuando a relação dos Ambientes Livres do Fumo, ou seja, do uso de uma droga lícita, percebe-se que a ideologia que caracteriza a intolerância quanto a experiência da humanidade com o uso da droga vem da influência das vertentes policialesca e sanitarista, advindas dos modelos jurídico-moral e médico sanitário (CARNEIRO, 2002; MORAES, 2006) e, atualmente, e cada vez mais, também recai sob o uso do tabaco.

Bucher (1992), Martins (2003) e Moraes (2006), refletem sobre os modelos de atenção existentes e destinados ao tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas a partir desse olhar sobre o controle dos corpos (CARNEIRO, 2002; OLIVESNTEIN, 1998) e a submissão do sujeito a tais modelos.

Os questionamentos tornam-se então imperativos: na convivência desses dois paradigmas, RD e Ambientes Livres do Fumo, há uma dicotomia de uma mesma

atenção? Para uma atenção integral aos usuários de drogas, o ambiente livre do fumo exclui a adesão, a participação, a inclusão de parte do público dependente? O ambiente livre do fumo ajuda na manutenção da abstinência quanto às demais drogas? Essas duas abordagens são antagônicas ou são complementares? Como manter o princípio de respeito ao direito do indivíduo em usar a droga e por outro lado a proibição do uso destas nas unidades de tratamento? Isso deveria ser aplicado só para as drogas ilícitas, no caso específico do tratamento nas Casas do Meio do Caminho? Deveriam haver fumódromos nas Casas do Meio do Caminho? Estamos falando de uma mesma atenção à saúde ou de modelos diferentes para públicos diferentes?

Para um dos gestores municipais não há incoerência nesta proibição, ao contrário, para este, os Ambientes Livres do Fumo é que garantem uma atenção integral ao usuário:

A integralidade é você conseguir dar conta de oferecer promoção, prevenção e assistência e fazer uma... abordar em sua totalidade. Porque o maior cuidado que nós temos sempre na política de tabagismo, que é isso a gente mostra o todo. Isso é assim, mas tem isso tudo ao redor. Então você tem que mostrar o todo. Toda a questão na sedução na indústria, a manipulação, todas as questões políticas, econômicas culturais... [...] o Programa de Controle de Tabagismo, então, e Fatores de Risco de Câncer foi incorporado, na perspectiva de dar uma atenção integral a dependência química (informação verbal)<sup>155</sup>.

Inclusive percebe-se que o conceito de Redução de Danos é “moldado” a fim de que a ação dos Ambientes Livres do Fumo justifiquem-se nessa perspectiva, além de uma visão bastante restrita e “penalizada” quanto à condição de sujeito:

[...] quando bota um ambiente livre do fumo eu estou reduzindo dano. Eu não estou dizendo a ele que ele vai ter que parar... é decisão da gestão que o homem vai ter que deixar... Mas ele vai ter que não usar ali e vai ter que aprender que ele vai estar protegendo os outros. E ali ele está fazendo, que no tratamento dele aquilo ali... Ele vai precisar de não usar pra que possa estar tendo condições de junto com os outros de entender aquilo lá fora e se ele não quiser vai, mas vai depender dele decidir parar e do jeito que está sendo conduzido aqui. É diferente do Albergue, porque ele vai, ele está já sem condições muito de manter-se sóbrio pra compreender as coisas. Então ele já vai ter tirado tudo, ele vai pra um espaço totalmente protegido e ele vai entender com uma dificuldade no início. Agora, teoricamente o cara que vai pra o albergue ele tem que ser trabalhado no CAPS. Ele teria que ser trabalhado no CAPS, essa ida dele para o Albergue. Muitos que eram

---

<sup>155</sup> Gestor Municipal 2.

resistentes era pela forma como receberam a informação, que era, mas lá não vai poder fumar não... informando sobre o sistema de tratamento... você tem que dizer tudo que não vai poder usar droga nenhuma nem fumar por causa disso... Você tem que preparar o cara. Agora jogar o cara... Coitadinho até eu tinha pena desse também... E o povo dizendo que ninguém ia saber o que ia fazer com ele. Coitado do homem. Entendeu? (informação verbal)<sup>156</sup>.

Um dos entrevistados traz aspectos interessantes a considerar neste debate:

Todo ambiente livre do fumo, ele pressupõe que algumas pessoas ainda estão fumando e que pode ter um espaço pra que essas pessoas possam fumar. Você vê um shopping livre do fumo, tem um ambiente onde as pessoas possam fumar, uma casa comercial livre do fumo. Você tem que prever. Uma repartição pública livre do fumo, uma instituição... você tem que prever que algumas pessoas ainda fumarão e que deve ter um espaço preservado pra que essas pessoas possam fumar. Então o ambiente livre do fumo não é um ambiente onde o cigarro é proibido. É onde o uso do cigarro é disciplinado. O uso do cigarro é disciplinado. Então eu acho que também na Casa do Meio Caminho você pode ter um ambiente livre do fumo nesse sentido onde o fumo é disciplinado e não proibido. A outra questão é que a redução de danos há também um equívoco imaginar que a redução de danos exclui a abstinência, de jeito nenhum. A redução de danos ela não tem como objetivo a abstinência, mas ela pode ter a abstinência como uma das suas realidades e de suas estratégias. Quer dizer, pra determinada pessoa altamente comprometida pelo uso de determinada droga ele vai ter como objetivo a abstinência, que é a preservação da vida. Agora pra que ele chegue nisso, essa pessoa grave, ele pode passar por período em que se convive um pouco com ele usando a droga até chegar essa consciência. Então a redução de danos ele não exclui a abstinência, embora, ela não tenha a abstinência como objetivo único, mas pra alguns, a abstinência vai ser objetivo sim, dentro da redução de danos sim. O problema é que a maioria dos programas tem a abstinência como objetivo. Não. O objetivo da redução de danos é a melhoria da qualidade vida. Pra alguns será abstinência pra outros não (informação verbal)<sup>157</sup>.

Para nós, principalmente em se tratando de uma droga lícita e que não altera de maneira brusca o comportamento, fica o questionamento quanto à proibição do uso de fumo num espaço especializado para tratamento da dependência química e de proteção social. Principalmente quando sabe-se que cerca de 30% dos dependentes podem desenvolver a abstinência através de técnicas de aconselhamento e consultas motivacionais (ROCHA; SOUZA, 2006) sem necessariamente ter que se recorrer a um modelo de internação, como as CMC.

Outro aspecto interessante a observar é que no âmbito da Saúde Mental de Recife, especificamente para o tratamento das pessoas que sofrem de transtornos

---

<sup>156</sup> Gestor Municipal 2.

<sup>157</sup> Especialista em AD 7.



psíquicos, essa proibição não se dá da mesma maneira como no Programa Mais Vida:

[...] olhe, se tirar o cigarro deles, vai ter uma revolução lá! Lá se fuma sim. Agora claro que tem hora, tem regra, mas ninguém vai levar alta administrativa se for pego fumando onde e quando não deve. Se conversa com a pessoa e se faz novos pactos. Aqui não, se fumar, cai fora! (informação verbal)<sup>158</sup>;

Inclusive estimulava-se a prática de se dar cigarros aos “loucos” e estes buscavam a nicotina como forma de manterem-se calmos e amistosos (informação verbal)<sup>159</sup>;

O que me parece mais louco, é essa doídice de querer tirar tudo do usuário, o que por vezes é a única coisa que ele tem. Se não for a droga, ele suporta viver? (informação verbal)<sup>160</sup>.

Há uma dicotomia visível nessa junção de abordagem. A SMS necessita rever a opção feita, visto que nas Casas do Meio do Caminho, a abstinência passa a ser condição para o tratamento e o referencial da Redução de Danos é discutido apenas enquanto estratégia nos grupos operativos realizados no Programa Terapêutico, demonstrando assim a grande incoerência do programa. Esta incoerência é destacada em vários relatos:

[...] em princípio eu sou a favor de que os ambientes públicos sejam livres do fumo, eu acho que é uma questão do fumante não impor ao outro o seu hábito..., mas eu acho que já está fora da minha esfera, eu já estou interferindo na individualidade do outro então... Agora, por outro lado, existe um contra-senso, quando você pensa num modelo de RD onde o indivíduo não pode fumar. Que dano você está reduzindo? Claro, a própria postura de ser um ambiente sem fumo é um estímulo, quer dizer um estímulo não, uma exigência pra ele não fumar e acaba sendo um redutor de danos, indiretamente. Mas é um redutor de danos que vai pela via do proibicionismo, nesse sentido, há um certo contra-senso. Então eu fico perguntando: como a instituição que proíbe o uso do fumo pode se chamar de uma instituição de RD? Eu acho que não é RD? Então, eu acho uma pena. É impossível ajudar uma pessoa, por causa de uma proibição (informação verbal)<sup>161</sup>.

Recorremos a Karan (2003) quando afirma que:

[...] O que dita esta decisão política não é, como se divulga, a proteção dos indivíduos, mas sim a obtenção de uma disciplina social, que resulte

---

<sup>158</sup> Profissional Nível Superior 2.

<sup>159</sup> Especialista em AD 8.

<sup>160</sup> Gerente de CAPSad 1).

<sup>161</sup> Especialista em AD 1.

funcional para a manutenção e a reprodução dos valores e interesses dominantes em uma dada formação social.

Mesmo sabendo que tal reflexão está voltada para o uso de drogas ilícitas, consideramos que a opção de Recife baseia-se numa contradição de perspectivas de cuidado e atenção, pois exclui grande parte da população que poderia beneficiar-se de um espaço protegido e especializado.

Também recorreremos a Marlatt (1999, p. 212) quando reflete que: [...] todos os pais que conheço são absolutamente a favor da abstinência. É a abordagem voltada **somente** para a abstinência que é inoportuna. Este autor também discorre que os programas cuja única mensagem é a abstinência podem até ter conseqüências negativas não-previstas para os jovens:

Uma forma de entender o efeito “bumerangue” dos programas educativos voltados à abstinência é que esta mensagem pode isolar os jovens que já tiveram comportamento de risco, reforçando a definição destes jovens como desviantes, e diminuindo a capacidade do programa de influenciá-los. Pode, igualmente, diminuir a credibilidade dos adultos em geral. A abordagem de redução de danos pode enfatizar a abstinência como opção importante, mas também oferece aos jovens para os quais a abstinência não é uma meta realista estratégias para reduzir seu risco de AIDS, DST e gravidez. Dessa maneira, ela confere aos jovens poder para tomar decisões sobre suas vidas com base em informações completas” (MARLATT, 1999, p. 213).

Afinal, se para muitos a redução de danos não nega a possibilidade de abstinência como meta ideal (MARLATT, 1999), a incompatibilidade de princípios no âmago do Programa Mais Vida e conseqüentemente em seus serviços, está posta no sentido da de esbarrar na busca da atenção integral.

É perscrutada a necessidade desses e de vários outros questionamentos a fim de que, a política local definida como integral e como Política de Redução de Danos, de fato dê conta desses princípios:

Tem suas regras, em função, imagino que uma idéia de convivência que, tem lá o seu modelo, me parece que bastante focado na idéia da abstinência, parece que existe uma idéia de que, o lugar protegeria o usuário de um consumo prejudicial ou de uma recaída, como se o lugar tivesse sido criado pra isso, pra proteger... E aí eu tenho a impressão de as regras são feitas exatamente em função disso, em função de uma idéia, acho que pra mim, um pouco ideal, de uma coisa que, não sei se necessariamente é função da casa somente. Eu tenho a impressão de que, o usuário tem que construir alguma coisa, que não é necessariamente só

uma perspectiva dele ficar protegido das drogas ou dele ficar assim, abstinente, porque isso vai ser, imagino que isso vai acontecer, de acordo com cada situação, com cada caso, com cada circunstância (informação verbal)<sup>162</sup>.

Mais uma vez vamos recorrer à opinião da ex-Juíza, auditora da Justiça Militar Federal, Maria Lúcia Karan, que apesar de se dirigir a questão das drogas ilícitas, nos faz refletir acerca do papel do Estado e das políticas públicas sob a vida dos indivíduos. Para ela:

A política proibicionista, criminalizadora [...] é, hoje um dos mais poderosos instrumentos utilizados nesta ampliação do poder do Estado de punir. Com uma repressão mais rigorosa e propagandeada como mais eficaz, com leis excepcionais, o ampliado poder do Estado de punir intensifica o controle sobre todos os indivíduos e perigosamente ameaça os próprios fundamentos do Estado Democrático de Direito (KARAN, 2003, p. 48).

Como discutido no Capítulo 2, Santos (2007) também afirma que:

[...] a redução de danos se fundamenta numa perspectiva mais integradora e humana da relação do homem com as drogas e neste sentido é mister que ele seja desenvolvido no sentido de produzir mudanças nas políticas baseadas no modelo de “guerra contras as drogas”. O ideal de um mundo sem drogas e o peso de uma visão estigmatizante sobre os usuários de algumas substâncias produz um processo de criminalização e marginalização, em detrimento de uma busca de intervenções [...] (SANTOS, 2007, p. 18).

Em se tratando de um estudo no âmbito da Saúde Coletiva é de fundamental importância nos questionarmos sobre a utilização de leitos e albergamento para o tratamento de tabagismo. Esta nos parece ser uma contradição relevante, pois além de não se justificar tecnicamente visto que o tratamento para a dependência tabágica deve se dar cada vez mais na atenção básica, ou em abordagens mais leves (ROCHA; SOUZA, 2006), não se observa a procura de usuários para tratamento com este fim nas CMC: “Olhe, desde que aqui inaugurou só teve um cara que veio dizendo que ia fazer tratamento pra deixar o cigarro, mas veja bem, depois de um tempo a gente descobriu que ele era alcoolista e estava era com medo de recair...” (informação verbal)<sup>163</sup>.

---

<sup>162</sup> Especialista 2.

<sup>163</sup> Técnico de Nível Médio 2.

Também através da análise dos relatórios de gestão do Programa Mais Vida, não se encontra um número significativo de usuários buscando tratamento unicamente para a questão do tabagismo. No entanto, o número de altas administrativas por uso de cigarro nas dependências das CMC é grande (RECIFE, 2005, 2006, 2007); o que nos faz inferir que além de excludente, esta opção do município em não permitir a existência de um fumódromo nas CMC tem restringido o acesso de muitos usuários e ferido diretamente o princípio da integralidade. Além de que, nos parece impossível mensurarmos quantos usuários sequer irão procurar este serviço quando o Ambiente Livre do Fumo passa a ser condição prioritária para a entrada e permanência na CMC. O relato que segue parece indicar uma possibilidade a ser considerada pela política local:

A minha posição **hoje** é que é importante flexibilizar essa questão do uso do tabaco. Até porque a realidade de 4 anos, (em abril vai fazer 4 anos) é que nós não mantivemos uma população significativa que fosse buscar tratamento pra o tabaco. Então o argumento de que não se terá tabaco como uma outra droga, porque ali também é um espaço pra tratamento de tabagismo, não se mostrou na prática. As pessoas na prática não vão procurar a Casa do Meio do Caminho pra tratar o tabagismo. As pessoas que procuram pra o tabagismo ficam no nível do CAPS. Então a Casa do Meio do Caminho não teria que entrar nisso porque você não terá um tabagista ali que está consultando isso. Então pra mim se justifica plenamente ter um ambiente livre do fumo, mas com fumódromo (informação verbal, grifo nosso)<sup>164</sup>.

De modo que outros questionamentos afloram: quem está em maior risco social, o “craqueiro” ou o “tabagista”? Quem então necessitaria de um serviço protegido e um espaço de tratamento especializado? Quando um alcoolista procura o serviço e não deseja deixar o uso do cigarro, no entanto tem o perfil e/ou necessita deste espaço? Se para uns a atenção integral estaria garantida justamente pela ausência de qualquer tipo de droga no interior das CMC, para outros, a condição de vulnerabilidade e do risco social deveriam ser mais relevantes que a proibição do uso de cigarro.

Soares (1997 apud SANTOS, 2007) irá refletir que a droga como mercadoria e o seu consumo devem ser percebidas e analisadas à luz da estrutura e das dinâmicas do modo de produção capitalista, ou seja, da maneira como vamos formando os contextos desses usos em nossa sociedade.

---

<sup>164</sup> Ex-gestor Municipal 2.

Assim, trata-se de reconhecer que o consumo de drogas está submetido às possibilidades de reprodução social dos indivíduos, famílias e classes ou grupos social, bem como reflete as conseqüências das políticas sociais públicas adotadas pelo Estado” (SOARES,1997 apud SANTOS, 2007).

Este mesmo autor pontua que “torna-se de fundamental importância a compreensão de como se constituiu o paradigma atual no campo das drogas para buscarmos as raízes e os pressupostos das novas “práticas”, como é o caso da redução de danos” (SANTOS, 2007). Só assim poderemos pensar em modelos de tratamento que de fato dê conta das necessidades e anseios da população usuária de drogas.

### **6.3 A Integralidade Macro: Tecendo Cuidado e Atenção Para os Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas**

Urge a necessidade de refletirmos o quanto a Reforma Sanitária e conseqüentemente a Reforma Psiquiátrica, apesar de seus notórios avanços (DELGADO, 2004), ainda demonstram uma clara dimensão de desigualdade social implicada na lógica pela qual se estruturam os serviços e programas voltados ao cuidado e promoção da saúde das pessoas que usam álcool e outras drogas (PETUCO, 2006).

Assim a busca da integralidade da atenção a este público também perpassa pela visão macro proposta por Cecílio (2006) que pensará cada serviço existente na sua relação em rede.

#### **6.3.1 A Inserção da CMC na Rede de Atenção aos Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas**

Visto a magnitude do problema relativo às drogas para o âmbito da saúde pública, a criação e inserção das CMC na Rede de Atenção aos Usuários de Álcool, Fumo e

Outras Drogas em Recife ainda se mantêm de maneira desafiante para os gestores locais.

[...] eu acho que a saúde toda ela vem trabalhando muito nessa perspectiva intersetorial, até porque a gente entende hoje que saúde ela passa aí por um monte de setores que não dá mais pra trabalhar a saúde sozinha. Então hoje o Programa Mais Vida, ele tem uma ação importante junto com a questão do trânsito, junto com a questão dos bares da cidade, então tem uma relação... claro que aí precisa até porque o programa ainda é novo então tem muito campo pra ser... muita frente pra ser aberta, muito campo pra se expandir. Mas eu acho que já tem um trabalho interessante e importante com os setores não só da prefeitura, mas do Estado como um todo. E aí entram também as Casas do meio do Caminho... um desafio... (informação verbal)<sup>165</sup>.

Como visto no capítulo 2, no Brasil, apenas na década de 90, surgem experiências concretas de dispositivos extra-hospitalares visando à reinserção social dos ex-internos de hospitais psiquiátricos, como as UD e os CAPSad (BRASIL, 2003a).

Vimos também que começaram a surgir os atualmente chamados SRT. Estes eram chamados de lares abrigados, pensões protegidas ou moradias extra-hospitalares (BRASIL, 2003b). Estas experiências deram subsídios importantes para que viessem posteriormente a ser incorporadas como políticas públicas (FURTADO, 2005). No entanto, são ainda experiências voltadas para o público portador de transtorno mental.

Assim, temos o entendimento de que a construção e organização da Política Nacional de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas se deu e ainda se dá paralelamente ao processo de transformação das políticas públicas de saúde mental advindas com a Reforma Psiquiátrica brasileira.

Na concepção de muitos dos entrevistados, a principal diferença entre um CAPS e a CMC está na possibilidade desta ser um albergue e conseqüentemente um espaço de maior contenção e proteção para o sujeito. Enquanto que no CAPS, pelo fato do indivíduo ir e vir, seria um espaço para pessoas que já possuam um certo nível de controle, de autonomia, que esteja de certa forma inserido na vida comunitária. O CAPS seria um espaço mais “solto”: “Solto, nesse sentido, de alguém que já está

---

<sup>165</sup> Diretor de DS.

com a vida aí fora. E ao passo que na situação de albergue, é alguém que precisa estar mais protegido” (informação verbal)<sup>166</sup>.

Também observando a opção de Recife em investir nas CMC e não em um CAPS 24horas especializado em álcool e outras drogas, as explicações e concepções são diversas:

Para as CMC, seriam pessoas que mesmo entendendo que precisavam da abstinência, são conscientes de que não conseguiram ficar em abstinência se saírem todos os dias do CAPS pra ir pra casa. Eles não conseguirão interromper esse consumo se não for ficando um período de fato protegido. Então o público alvo é esse. Aqueles que querem deixar de usar a droga ou que querem pelo menos tentar diminuir, também tem essa possibilidade. Mas que entenda porque mesmo os que vão querer diminuir é importante que eles passem um tempo sem usar pra depois começar a diminuir. Então essas pessoas precisam ficar afastadas do ambiente de trabalho; quando tem trabalho, do ambiente social; quando tem esse ambiente, do ambiente familiar, do seu dia a dia pra que esses possam estabelecer uma relação maior com a questão do compromisso dele. Mas o CAPSad 24 horas também não dá conta disso. Lá seria pra trabalhar ainda mais as questões clínicas da abstinência e o tempo é mais curto por conta das AIH...<sup>167</sup>(Informação Verbal)<sup>168</sup>.

O tempo de internação no CAPSad 24 horas é no máximo de 5 dias, eu acho... Porque tem as AIH, e não pode continuar lá... (informação verbal)<sup>169</sup>.

Os objetivos são diferentes... No CAPSad 24 horas seria mais pra a fase clínica, crise da abstinência... Na CMC é que tem as atividades e a reflexão pra ele pensar o que quer fazer da vida dele... (informação verbal)<sup>170</sup>.

A inserção da CMC na Rede de Atenção aos Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas seguirá esse caminho compondo uma rede mais ampla no qual cada serviço terá uma especificidade de demanda, perfil de atendimento e objetivos de um modo geral:

Eu acho que são equipamentos que requerem pessoas diferentes. Acho que a UD ela é um equipamento de clínica, que requer um acúmulo na clínica, nos problemas clínicos relacionados ao uso dessas drogas, quer dizer, você se coloca no psíquico... Na UD tem que ter, e ai é uma coisa que eu tenho contestado não vejo necessidade de ter três psicólogos na UD de jeito nenhum... porque também como na Casa do Meio do Caminho aquele paciente ele vai ser mobilizado a se comprometer com um tratamento com uma outra pessoa. Eu não tenho na UD como ficar sabendo se a pessoa foi vítima de um abuso sexual na infância, se a pessoa foi vítima... eu não

---

<sup>166</sup> Especialista em AD 1.

<sup>167</sup> As AIH são as Autorizações de Internação Hospitalar que servirão como instrumentos de controle para avaliação das internações feitas no SUS (BRASIL, 2006d).

<sup>168</sup> Ex-gestor da SMS 2.

<sup>169</sup> Profissional Nível Superior 3.

<sup>170</sup> Gerente de CAPSad 2

quero saber nada... Eu quero saber assim a pessoa chega descompensado e é compensado e eu tenho que sensibilizá-lo pra que ele procure um tratamento, porque se ele não procurar um tratamento ele vai descompensar de novo. Então esse é o processo da UD é também um processo de encaminhamento, de sensibilização de abordagem de encaminhamento (informação verbal)<sup>171</sup>.

Essas diferenças do papel de cada serviço nem sempre é compreendida pelos técnicos que trabalham “na ponta”. O relato que segue, traz aspectos que nem sempre são comungados por todos que desenvolvem suas ações nos CAPSad ou mesmo na UD. Trata-se de uma certa falta na formação dos profissionais que ao virem atuar na saúde pública esbarram com a demanda da coletividade e a massificação do serviço. A visão integral do sujeito parece então ficar ameaçada no sentido vertical. No entanto, olhando a composição dos serviços, se pensarmos que cada um deveria desenvolver seu papel complementar na rede e que os fluxos (referência e contra-referência) se derem de maneira exemplar, poder-se-ia inferir que o sujeito receberia uma atenção integral. Vejamos:

Então a equipe da UD precisa ter clínicos com experiência e repercussões clínicas no uso e abuso de álcool e outras drogas e precisa ter uma equipe de sensibilização dentro da UD, e uma equipe que seja de fora que venha pra UD, que ai é o redutor de danos pra poder facilitar essa ponte de volta pra o local de origem, que são os CAPS [...] No CAPS você tem que ter pessoas que tenham predominantemente uma formação de grupo [...]. O trabalho individual é um trabalho eventual, específico e pontual, porque a pessoa vai ser trabalhada no CAPS pra ele se mobilizar diante da vida dele, não diante das suas problemáticas psíquicas [...] É uma instituição que funciona no sentido da reinserção. Se houver de ser feito alguma coisa que aprofunde mais a questão psicológica enquanto história individual psicológica, não é o CAPS! Deve ser o ambulatório, é ai que ele deve trabalhar. O CAPS é a mobilização pra ele que não estava conseguindo trabalhar, pra ele que não estava conseguindo conviver com a família, pra ele que não estava conseguindo conviver socialmente sem ter a droga, possa estabelecer um contato com a família, com a vida, consigo mesmo, com a sociedade e com o trabalho de uma maneira mais harmoniosa [...] E pra trabalhar as suas questões psíquicas o CAPS não é um bom lugar, não deve ser um bom lugar. Porque o CAPS não deve ter esse sentido dessa continuidade, a não ser que seja um processo de psicoterapia breve, marcado, 12 sessões, 16 sessões, as pessoas vão aprender e vão pontualmente fazer uma coisa focal. Esse é um grande equívoco que as pessoas privilegiam no CAPS aquilo que se chama de terapeuta de referência e esse terapeuta de referência se transforma num terapeuta particular (informação verbal)<sup>172</sup>.

Percebe-se também a inserção dos redutores de danos como mais um profissional importante que pode ajudar nessa fluidez de encaminhamentos, acompanhamento dos usuários.

---

<sup>171</sup> Ex-gestor da SMS 2.

<sup>172</sup> Ex-gestor da SMS 2.



No entanto também se reflete a necessidade de uma capacitação para que estes questionamentos sejam enfrentados pelos que compõem os serviços de saúde, pois para alguns, as diferenças entre os serviços, por vezes não está muito clara: “Eu acho que eles são muito próximos, só que o CAPS se aproxima mais do modelo de ambulatório, embora você possa ter um CAPS 24h que seja também um espaço de convivência” (informação verbal)<sup>173</sup>.

Pode-se inferir que essa “indefinição” do que sejam cada um dos serviços pode confundir ou até mesmo resultar em encaminhamentos indevidos para serviços que não poderão atender a demanda que se pretendia. Para um familiar, parece-nos que esta foi sua experiência:

Disseram pra mim que ele precisava era conviver com gente que tivesse passando pelos mesmos problemas que ele..., mas aí deram alta pra ele e mandaram ele ir lá na policlínica pra falar com a psiquiatra de lá. Não deu certo. Lá não tem grupo... (informação verbal)<sup>174</sup>.

Toda a questão de álcool e outras drogas é muito recente nessa visão mais ampliada (BRASIL, 2007b), de modo que diversos setores da saúde ainda não conseguem considerar essa discussão. Há o reconhecimento do Programa Mais Vida de que esse ainda é um problema a ser solucionado: “E o Mais Vida ainda não conseguiu incluir o treinamento de todos os ambulatórios nisso aí, e nem chegou ainda na atenção básica...” (informação verbal)<sup>175</sup>.

Na questão quantitativa o que é preocupante, para além do número de Casas existentes, visto que o planejamento inicial incluía uma CMC em cada Distrito Sanitário e atualmente existem apenas três Casas no modelo inicialmente concebido, e uma CMC feminina, híbrida – que trabalha como se fosse “meio CAPS, meio albergue”; é a falta de desejo e conhecimento dos técnicos de saúde mental em atuar na área de AD e conseqüentemente o grande desconhecimento do que sejam e para que servem as CMC. Quando da criação do Programa Mais Vida a

---

<sup>173</sup> Especialista em AD 1.

<sup>174</sup> Familiar 2.

<sup>175</sup> Ex-gestor da SMS 2.

Prefeitura do Recife teve grandes dificuldades em contratar pessoas para a ampliação destes serviços:

Das cento e tantas pessoas que foram contratadas via concurso, apenas uma tinha experiência nessa área e essa única que tinha experiência não queria trabalhar. Então, quando se fala em montar uma rede, montar um serviço, tem que contar que essa é uma área que é muito pouco estudada e tem muito pouco acúmulo em relação a isso nas universidades, nos cursos pós-graduação, Portanto você sempre terá e encontrará dificuldade em ter equipe pra trabalhar nessa área (informação verbal)<sup>176</sup>.

A CMC vem então compor, em sua inserção na rede de atenção aos usuários de AD, o reconhecimento de seu relevante papel como complemento do CAPSad, e assim terem condições de atender a uma demanda antes negligenciada como já refletido neste estudo. No entanto enquanto um serviço que ainda não é reconhecido oficialmente pelo SUS e não gera produtividade, a conhecida Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), torna esse serviço frágil diante do reconhecimento enquanto um serviço da rede de atenção aos usuários de AD:

O limite nesse momento é a questão da falta de remuneração pelo equipamento. Esse é um limite concreto. Como ele não tá reconhecido pelo SUS ainda, a prefeitura que instalar ou o estado que instalar terá que bancar e arcar com todas as despesas. Essa é uma limitação. A questão do limite, nesse momento também é que ainda é uma instituição muito a mercê dos técnicos, que a Casa do Meio do Caminho como eu imagino, ela seria muito mais autônoma, muito mais capaz de auto gestão (informação verbal)<sup>177</sup>.

Outra questão observada é a inexistência de estudos avaliativos ou minimamente um banco de dados que possa direcionar os gestores na implementação ou não desses serviços:

Então, por exemplo, não existe nenhum indicador que garanta que as pessoas irem pra Casa do Meio do Caminho melhore o tratamento dela né. Eu acho que falta muito ainda avaliação do quê que é feito. O que é que é melhor pra esse fulano ele ter ido pra casa e voltado ou dado continuidade ao tratamento ajudou ou não precisava ter ido pra casa? Ele podia ter ficado só lá compreende? Então, acho que ainda falta muito o suficiente de estudo, de preparação, de observação, de levantamento do que realmente vale a pena ter esse equipamento ou não ter esse equipamento (informação verbal)<sup>178</sup>;

---

<sup>176</sup> Ex-gestor da SMS 2.

<sup>177</sup> Ex-gestor da SMS 2.

<sup>178</sup> Gerente de CAPSad 2.

Os dados estão pulverizados, a gente não tem um consolidado, a gente realmente não tem uma estatística institucionalizada, a gente tem discurso e tem fala e eu acho que a gente precisa fazer um levantamento epidemiológico disso... (informação verbal)<sup>179</sup>.

Ainda com relação a pertinência do modelo e da inserção dessas CMC na rede de atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas, no contexto da Reforma Psiquiátrica, um gestor municipal compara as CMC enquanto um serviço novo na rede, com a questão das residências terapêuticas:

Agora, pela própria dificuldade de um equipamento novo, a gente vê algumas residências que têm modelo de pequenos hospitais. E você vai dizer que não tem eficácia? E alguém da reforma psiquiátrica vai olhar e dizer: "O que é isso? Fecha essa Casa!?" Eu digo muito que a gente tá num processo que é uma mudança muito grande. A história da loucura, a história da dependência química... lidar com esses estigmas da reforma psiquiátrica, a gente vai demorar muito tempo, e a gente tá fazendo a história. A gente só vai ver isso que a gente tá fazendo daqui há 20 anos, daqui há 30 anos... A gente tem estudos, uma série de referências e projetos e produções, mas a gente vai perceber o fruto disso daqui há mais um tempo. Então eu não concordo com essa crítica da reforma. E eu acho interessante conhecer o trabalho pra perceber a eficácia do trabalho e a utilidade técnica desse tipo de trabalho (informação verbal)<sup>180</sup>.

Outro entrevistado trará reflexões ainda mais profundas no sentido de que, apesar de cumprirem um papel importante, as CMC ainda não abarcam a complexidade dos diferentes tipos de usuários levando em consideração, inclusive, que para alguns, deixar a droga talvez não seja uma "solução" adequada e que a Casa precisa ampliar seu "olhar" com relação a seu "rompimento" com o modelo de reclusão:

[...] eu acho que a CMC cumpre uma função pra determinados casos, que tenham uma necessidade desse tipo de serviço, com essa equipe da forma que está estruturada, numa forma de convivência, numa forma como se ele tivesse mesmo desestruturado, então é um lugar até mesmo onde ele pudesse se organizar também durante um tempo pra poder ir trabalhando esse retorno dele. Então se é essa questão: quando não dá mais vai pra lá. Eu acho que perde um pouco exatamente de olhar pra necessidade daqueles que poderiam se beneficiar na Casa, que podem estar num outro lugar ou que podem inclusive ser trabalhados pra ir pra Casa... Às vezes as pessoas não estão preparadas pra esse tipo de serviço também. Por exemplo, eu vejo essa idéia do usuário que quer ficar abstinente..., eu não sei, eu acho que é uma coisa muito idealizada, porque não só o usuário, mas a gente fica assim com o discurso do usuário... Eu não acho que seja essa a necessidade do usuário. Porque o usuário ele pode estar alienado naquele consumo dele. Ele se coloca lá dentro daquele circuito e fica se colocando num lugar de prisão e num lugar que ele está de mãos atadas e não consegue sair..., porque também ele não quer repensar um

---

<sup>179</sup> Gestor Municipal 3.

<sup>180</sup> Gestor Municipal 3.

determinado modelo, que talvez seja o próprio modelo da abstinência pra ele que não serve... E aí ele não quer pensar isso, porque talvez ele esteja com o aspecto social do modo hegemônico de ver a droga, do que dizem que a gente vive, o que a gente tem que pensar, o que a gente pode ser e acaba também... Então eu acho que assim, não você tentar resgatar o individuo, mas também mais crítico, mas com um grau de autonomia maior sobre a sua vida, que olha pra sua realidade e vai tentar se organizar pra tentar transformar um pouco a sua realidade, no que talvez o deixa infeliz, mal, deixa o sujeito sem valor, nesse lugar de drogado, dependente, que aí não tem projeto de vida... Como resgatar um projeto de vida de quem não tem? E a gente acredita que não tem um projeto de vida? Eu acredito que tem! Tem condições de se criar um projeto de vida! E aí é interessante o que é feito lá dentro da Casa, tentar trabalhar esse projeto de vida. Eu acho que tem uma positividade da Casa. é muito importante, mas eu acho que talvez tenha algumas contradições, que se essas contradições não forem discutidas essa Casa vai simplesmente sendo reprodutora... que talvez seja na mesma lógica da reclusão... (informação verbal)<sup>181</sup>.

Subtende-se que a reflexão feita considera que a CMC poderia ser um espaço de maior convivência, mais aberto, onde os usuários pudessem ir e vir com maior facilidade. No entanto, para nós, essa seria a natureza de um outro serviço: um Centro de Convivência. Não um espaço protegido e de tratamento como é a proposta da CMC:

[...] outro limite que eu acho e tem se mostrado é a não aceitação da equipe técnica de que a CMC ela não tem um fim em si mesma, ela é do meio do caminho. Então não é a pessoa que vai entrar pra fazer um tratamento na CMC... A pessoa vai usar a CMC como um instrumento do seu processo terapêutico. Então acho difícil os técnicos compreenderem isso, porque os técnicos são sempre voltados pra um projeto terapêutico individualizado ou coletivo. Mas assim, o que é que ele veio, que resposta ele terá aqui? E como eu conheço a CMC é um instrumento de um processo terapêutico que começa no CAPS que volta pro CAPS e que se continua num centro de convivência. Então você dizer pra um psicólogo que ele não tem que, na CMC, pesquisar o inconsciente ou pesquisar a história da pessoa e todos os seus traumas é difícil pra que esse psicólogo possa compreender isso. Acho que isso é uma limitação importante (informação verbal)<sup>182</sup>.

Assim, buscar a integralidade nas práticas de saúde junto aos serviços de AD significa a observância de tal princípio como aspecto fundamental nos serviços de saúde oferecidos à população usuária de drogas e especificamente nas Casas do Meio do Caminho devido a sua natureza ainda em processo de construção.

### 6.3.2 Diferentes Serviços para Diferentes Usuários

---

<sup>181</sup> Especialista em AD 2.

<sup>182</sup> Ex-Gestor da SMS 2.

A abertura desse ponto se dá na perspectiva de discutirmos os diferentes serviços, leiam-se, as diferentes Casas do Meio do Caminho existentes em Recife.

Nos Quadros 1 (p. 57) e Quadro 2 (p. 78) vê-se quanto ao perfil no sentido das referências a cada CMC, e referências dos CAPSad por DS.

No entanto propomos outro quadro, no qual podemos visualizar o estreitamento dado ao perfil que é atendido. Ou seja, há um afunilamento no acesso para determinados grupos de acordo com especificidades como gênero e a questão do adolescente, que apesar de não serem nosso foco direto de investigação, merecem destaque. Essas especificidades serão relatadas mais a frente. Também o reduzido número de leitos disponibilizados para a desintoxicação através de convênio com a Secretaria Municipal de Saúde, chama a atenção:

| Distritos Sanitários | CAPSad                        | Nº Redutores de danos* | CMC – Masc. 18>     | CMC – Adol. Masc.14> | Centro de Referência Fem. | UD Masc. e Fem.                         |
|----------------------|-------------------------------|------------------------|---------------------|----------------------|---------------------------|---|
| DSI                  | Profº Luis Cerqueira          | 3                      | Luis Cerqueira      | Luis Cerqueira       | Jandira Masur             | 16 leitos Hospital Geral Oscar Coutinho |
| DSII                 | Estação Vicente Araújo        | 1                      |                     |                      |                           |   |
| DSIII                | CPTRA                         | 2                      | Celeste Aída Chaves |                      |                           |   |
| DSIV                 | Eulámpio Cordeiro             | 3                      |                     |                      |                           |   |
| DSV                  | Espaço Travessia René Ribeiro | 3                      | Antônio Nery Filho  |                      |                           |   |
| DSVI                 | José Lucena                   | 3                      |                     |                      |                           |   |

**Quadro 4** - Distribuição dos serviços da Rede de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras drogas de Recife. Recife, 2007.

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: \*Esse é o quantitativo atual (Programa Mais Vida em 03/03/2008, informação dada por telefone), no entanto a perspectiva é que no mínimo estejam atuando em cada DS o quantitativo de três redutores de danos.

Concordamos com Alves (2006, p. 172) sobre a importância e a necessidade da diversidade de modelos: “A diversificação de programas é fundamental para se acolher alguém de forma integral, já que, com um menu variado e diversificado de possibilidades, reduz-se muito a tentação da seleção”. Nas palavras de um especialista:

[...] quanto mais diversidade de modelos a gente tiver, mais a gente vai dar conta de um número maior de dependentes químicos. Porque uma coisa complicada com dependente químico é que a gente sabe que não existe modelo ideal. Tem um modelo que funciona com um tipo de usuário e que é muito fraco pra outro tipo de dependente químico. Então eu acho que você tem que ter diversos modelos pra dar conta do maior número possível (informação verbal)<sup>183</sup>.

E ainda: “[...] na questão das necessidades dos usuários, que são diversas, e que necessitam também de uma rede que seja ampla, que tenha vários tipos de ofertas” (informação verbal)<sup>184</sup>.

Como anteriormente refletido, não há estudos sobre as CMC que indiquem inclusive se a distribuição dos serviços de modo como hoje ela é feita, correspondem minimamente às necessidades da população. Assim para pensarmos se esses serviços respondem as demandas específicas dos usuários de AD, considerando que estes sejam os que possuem o “perfil” para albergamento, ou seja, a população que se beneficiaria com este tipo de serviço, é fundamental que se desenvolvam estudos de caráter quantitativo e qualitativo, onde se leve em consideração os aspectos da efetividade, eficiência e eficácia do serviço ora apresentado.

#### 6.3.2.1 Espaço Jandira Masur – A CMC Feminina

“E o que é intangível, invisibilizado, pra variar, é essa mulher que é dependente. Que aí vem a questão de gênero...”(informação verbal)<sup>185</sup>.

O atualmente denominado Espaço Jandira Masur passou por diversas fases desde sua elaboração até chegar à proposta atual. Decidimos por mantê-la na avaliação deste estudo, como uma das CMC que compõe a rede de atenção AD, porque até meados de 2007 era este o seu desenho.

---

<sup>183</sup> Especialista em AD 1.

<sup>184</sup> Especialista em AD 2.

<sup>185</sup> Coordenador da CMC 2.

Será preciso historiar um pouco para compreendermos este serviço, visto que pesquisando sobre a rede de Recife no DATASUS<sup>186</sup>, encontramos o nome Jandira Masur como um dos CAPSad de Recife, só que descredenciado do MS:

[...] o Jandira começou sendo o que é o Vicente. Era Jandira Masur um CAPSad, mas pra atender homens e mulheres... Quando pensaram em fazer um trabalho só de mulheres [...] Escreva o projeto! Eu digo: escreva o quê? Albergue ou CAPS? Ela: CAPSad e Casa do Meio do Caminho! E eu fiz o projeto dos dois. Entende? Mas só que inicialmente a idéia era começar só como Albergue. Ai, quando pensaram em feminino, ai trocaram os nomes. Vicente Araújo colocaram que era o antigo Jandira; e a gente Jandira Masur. Isso deve ter dado bastante problema não só nas identidades do Jandira, como também nessa coisa mais objetiva mesmo de cadastramento. E até porque, inicialmente, era CAPSad e Casa no Meio do Caminho. Mas eu não sei, na época eu tava como psicóloga da Casa. Talvez o fato de ser Albergue inicialmente... (informação verbal)<sup>187</sup>.

Percebe-se então que a opção em construir um espaço voltado especificamente para mulheres se deu no desenvolvimento do Programa Mais Vida como um todo:

[...] muito legal o Mais Vida, a gestão, ter pensado num espaço feminino. Mas ao mesmo tempo, como tudo é muito novo no Programa e isso é mais novo ainda; eu acho que está começando a ter visibilidade agora. Porque as pesquisas do SENAD estão dizendo mais isso agora, estão olhando mais pra isso agora. Até em relação ao equipamento você percebe que não teve equidade em relação ao olhar. A gente se sente muito só, durante muito tempo aqui. E eu não estou reclamando do Mais Vida, eu não estou reclamando do distrito, eu acho que é uma coisa estrutural, uma coisa muito mais forte. De compreensão mesmo da problemática. Nós aqui temos muito o que aprender, a gente está, na verdade, conhecendo essa especificidade de atendimento agora. E agora com essa mudança de modelo, a gente já pode pensar em trabalhar em cima da promoção de saúde, da promoção da saúde da mulher! (informação verbal)<sup>188</sup>.

As pesquisas mostram que a percentagem do uso de drogas entre homens e mulheres diferem considerando-se o conjunto das drogas psicotrópicas existentes, evidenciando que as questões de gênero também permeiam o campo das drogas (GALDURÓZ et al., 2002). No entanto ainda são poucos os estudos que tratam especificamente sobre o uso de drogas pela população feminina (NOTO, 1999). Assim é possível inferir que tanto os espaços de tratamento como os modelos específicos de atenção a este público também são muito recentes na história da saúde mental brasileira e conseqüentemente de Recife:

---

<sup>186</sup> O DATASUS é um banco de dados do MS que disponibiliza informações que podem servir de subsídios para: análise objetiva da situação sanitária, tomada de decisões baseadas em evidências e acompanhamento de quantitativo de serviços, credenciamentos etc (BRASIL, 2008c).

<sup>187</sup> Coordenador CMC 2.

<sup>188</sup> Coordenador CMC 2.

[...] já que a gente está falando da gestão municipal, enquanto o uso de álcool e outras drogas tais repercussões fere grave por conta do preconceito, e aí o preconceito inclui também o preconceito em relação ao gênero e tem a questão de álcool pela mulher, de álcool e outras drogas pela mulher porque vem crescendo muito... (informação verbal)<sup>189</sup>;

Acho que o Programa também atende a uma demanda de saúde pública importantíssima, que a gente está vendo que está aumentando a incidência de álcool, do cigarro e outras drogas nos determinados públicos. Haja vista, a última pesquisa do SENAD falando do aumento entre jovens e entre mulheres. Acho que o Programa começou a partir de uma pessoa que conhece bastante a problemática de uso de álcool e das drogas, mas acho que também ele está se prendendo com algumas coisas, no caso Evaldo. Por exemplo: essa demanda feminina que está aumentando e que não tem como negar que tem muito a ver com a emancipação feminina, o lugar da mulher na sociedade hoje mudou. Acho que é um Programa que vem atender a essa demanda de saúde pública mesmo, sabe, o trabalho em rede... (informação verbal)<sup>190</sup>.

Além dos aspectos até então referidos há o fato de Recife criar este espaço exclusivo para mulheres no sentido de buscar atender as demandas específicas dessa população. Segundo a atual Coordenadora do Espaço Jandira Masur é possível compreender essa necessidade:

Eu sempre me perguntei isso, é uma coisa que eu venho pensando bastante. Eu não acho que deve a ver uma feminilização do serviço no sentido *stritu senso* mesmo, certo? Eu acho que o espaço enquanto um espaço de tratamento, promoção de saúde... Eu acho que esse espaço, ele deve ser só de mulheres. Porque eu percebo que elas se sentem mais a vontade pra falar das dificuldades delas, falar da dependência (informação verbal)<sup>191</sup>.

Também com relação ao público propriamente dito que procura este espaço e que tipo de demanda as mulheres desejam trabalhar, vê-se que:

Elas dizem: de repente, esse meu desamparo, vazio... Elas falam muito de vazio, é impressionante! E a gente sabe que os homens também falam; não sei em relação aos homens como é essa fala. Mas em relação às mulheres elas frisam bastante. É um vazio, a bebida, o crack vai ocupar um vazio. Tem uma usuária na casa que é impressionante... Por sinal, a gente não atende somente camadas populares não. Temos aqui um serviço que atende as camadas médias e médias altas (informação verbal)<sup>192</sup>.

De modo que diante de todas essas questões o Espaço Jandira Masur foi sendo configurado:

---

<sup>189</sup> Ex-gestor da SMS 2.

<sup>190</sup> Coordenador da CMC 2.

<sup>191</sup> Coordenador da CMC 2.

<sup>192</sup> Coordenador da CMC 2.



Não é uma questão intuitiva, é uma questão dos indicadores que eu tive pra poder pensar que essa dinâmica Albergue Dia pudesse dar certo. E o outro indicador de pensar modalidade, não foi pra ser CAPS. Quando eu digo dinâmica CAPS é no sentido de propiciar aos usuários virem só naqueles dias onde, pela grade de atividade, tenho certeza que tal atividade é mais terapêutica do que outra, e também pelas questões de objetivos de cada um. Algumas trabalham fora, algumas estudam, algumas precisam legitimar o papel de dona de casa, porque pra elas isso é importante, pode não ser importante pra você, pra mim, e tem que respeitar... Logicamente tem a noção de que: se a usuária não está conseguindo, de forma nenhuma, levar o filho ao colégio, ou cuidar da casa que é o que legitima como responsabilidade dela; a gente tem que mostrar a ela que ela não está conseguindo, que ela precisa vir mais vezes, até ela puder fortalecer e a gente puder reduzir o que a gente chama de modalidade, mas só como uma forma de tentar localizar o que a gente está fazendo aqui (informação verbal)<sup>193</sup>.

Assim o Espaço Jandira Masur atualmente encontra-se como um “albergue dia numa dinâmica CAPSad”, tendo também em sua equipe os Acompanhantes Terapêuticos e buscando em breve incluir novamente o albergamento 24 horas.

#### 6.3.2.2 *Casa do Meio do Caminho Profº Luis Cerqueira – A CMC para Adolescentes*

Mesmo não sendo o nosso foco de investigação direta, no sentido de aprofundarmos teoricamente a questão da adolescência, é necessário destacar algumas particularidades encontradas na existência deste serviço que apesar de ser a referência municipal para este público, não é específico para este.

A Casa do Meio do Caminho Profº Luis Cerqueira atende a uma demanda baixa de adolescentes (RECIFE, 2005c, 2006b, 2007b) e essa sempre tem sido uma preocupação do Programa Mais Vida quanto a esta questão:

[...] precisa tecnicamente avaliar isso. Existe essa demarcação, mas a gente não tem nenhum subsídio, não tem registro... eu cheguei há dois meses e eu não tenho nenhum registro técnico que me responda o por que de ser assim. São acordos no momento de definir e redefinir o fluxo. Como a gente está num momento de rever protocolos medicamentosos, rever projetos terapêuticos... – a minha movimentação de chegada pra me apropriar do Programa, a gente está revendo isso e a gente pode rever, também, e ir se instrumentalizando tecnicamente... (informação verbal)<sup>194</sup>;

---

<sup>193</sup> Coordenador de CMC 2.

<sup>194</sup> Gestor Municipal 3.

[...] Adolescente também. A gente tem no programa municipal – e passou novamente no Plano de Saúde – nessa última conferência – um albergue por distrito, então nós temos quatro, considerando o Jandira... [...] e até porque o município está se organizando com a 1ª Conferência da Juventude. A gente tem uma parceria com Direitos Humanos e o Programa +Vida está extremamente relacionado por conta da problemática adolescência/ juventude/ drogas – e a gente está sendo um parceiro muito forte... A gente pensa construir esses dois e ser uma proposta... é a primeira vez que eu estou conversando sobre isso, eu não fiz nenhum projeto disso, mas eu já estou começando a levantar... pra a gente fazer os outros dois pra adolescentes. Porque a gente recebe ligações de ONG's; a gente recebe queixas; a gente vai pro CONDICA<sup>195</sup>; a gente vai pra Conferência dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente, e existe uma queixa de que não tem equipamento pra adolescente. Então a gente poderia transformar, nesses dois distritos que faltam, ser de referência pra adolescentes (informação verbal)<sup>196</sup>.

A partir da escuta dos entrevistados bem como da observação através do Diário de Campo, pudemos destacar alguns dos motivos considerados como os fatores que influenciam na baixa demanda deste público:

- a) O espaço físico do albergue que é localizado no “quintal” do CAPSad Profº Luis Cerqueira. Ou seja, não há uma estrutura adequada para que atividades específicas para esta população, como por exemplo, o Grupo Movimento, que é coordenado pelo professor de educação física, seja planejado para dar conta das necessidades destes usuários. Inclusive há diversas queixas nas assembléias que abordam essa questão;
- b) As atividades da grade terapêutica nem sempre conseguem ser adequadas para os dois públicos que convivem na CMC: adultos/idosos e os adolescentes/jovens. Mesmo que a temática seja pertinente para ambos, a forma e o manejo carecem de um olhar específico e diferenciado;
- c) A falta de capacitação técnica para lidar com esse público. De modo que os dois pontos colocados anteriormente tornam-se ainda mais desafiadores, haja vista que trabalhar com essa população requer uma escuta e uma atenção específica que considere as nuances próprias da fase (AYRES, 1990), principalmente sobre o significado de uso de drogas por esta população (MARLATT, 1999);

---

<sup>195</sup> Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente.

<sup>196</sup> Gestor Municipal 3.

- d) A não percepção pelo próprio adolescente de sua possível condição de dependente que requer um “tratamento” ou uma atenção para o problema, que muitas vezes já está instalado:

Eu acho isso tão delicado... Primeiramente eu acho que tem que ter a motivação. Pra mim é o motivo base, ele quer estar, apesar de ter aqueles que não querem que não conseguem e que necessitam muito estar ali. Mas a experiência que eu tenho de adolescentes que chegam sem querer estar, são pessoas que não conseguem continuar o tratamento. Não chegam ao final. Sendo por objetivo da equipe... ou seja pelo dele, tem sempre uma interrupção. Demanda deles... não voltam na primeira saída, eles saem não voltam mais ou pedem realmente pra ir embora ou criam uma situação...<sup>197</sup> (informação verbal).

Novamente, como já referido diversas vezes, este é um tema que requer estudos específicos que possam concatenar: uso de drogas X adolescência X espaços de tratamento.

#### 6.3.2.3 *Casa do Meio do Caminho Antônio Nery Filho e Casa do Meio do Caminho Celeste Aída Chaves*

Essas são as duas Casas denominadas de referência para tratamento de homens acima de 18 anos. Coincidentemente ou não, pois não há como fazer esta afirmação com bases nos dados encontrados, são as Casas que possuem um maior fluxo e número de atendimentos realizados. Também demonstram uma maior estabilidade quanto ao tempo médio de albergamento, que não é vista na CMC feminina nem na CMC referência de adolescentes, ou seja, os adultos do sexo masculino têm passado mais tempo albergados que os adolescentes e as mulheres (RECIFE, 2005c, 2006b, 2007b).

Apesar de não podermos afirmar, alguns pontos foram destacados para se pensar os possíveis motivos que podem sugerir porque essa questão ocorre:

---

<sup>197</sup> Gestor Municipal 3.

- a) A população masculina, no que diz respeito ao uso de drogas, de um modo geral, é mais estudada e cuidada há mais tempo que as outras demandas (mulheres e adolescentes);
- b) Os técnicos que gerenciam a “ponta” geralmente já tiveram algum tipo de experiência com este público em outros serviços ou atividades, o que facilita a atuação profissional;
- c) As CMC Antônio Nery Filho e CMC Celeste Aída Chaves possuem espaços físicos adequados além de estarem territorialmente melhor referenciadas (as CMC Jandira Masur e CMC Profº Luis Cerqueira são referências para todo município – (ver Quadro 4, p. 163);
- d) A definição da demanda a ser referenciada para estas Casas, desde suas criações, não mudou. Fato que não ocorreu nas CMC Jandira Masur e CMC Profº Luis Cerqueira, o que certamente confunde os técnicos que fazem os encaminhamentos bem como a população que acaba por não entender os objetivos desses serviços.

### 6.3.3 Fluxos – Referência e Contra-referência

No desenho de modelo da Atenção Integral aos Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas de Recife, as CMC estão localizadas no terceiro nível de complexidade<sup>198</sup>, localização questionada visto a não clareza da natureza deste serviço:

[...] no esquema ela está lá em cima e ela teria que ficar lá em baixo. É porque ela seria muito mais um recurso da comunidade, então ela teria que ser um recurso mais disciplinado. Porque na verdade quando está se colocando como recurso terciário é porque ele não deu... deixa de ser ambulatorial pra ser internamento e ai por conta disso iria lá pra cima. Mas ele é muito mais, como equipamento psicossocial, ele é muito mais um equipamento da comunidade mais ligado, muito mais, a atenção básica do que essa atenção... (informação verbal)<sup>199</sup>.

---

<sup>198</sup> Ver desenho do Modelo de Atenção à Saúde de Recife página 53.

<sup>199</sup> Ex-gestor da SMS 2.

Questiona-se como a CMC poderia ser um serviço mais próximo da atenção básica, se ela não é porta de entrada, nem sequer é porta aberta para o usuário. Também não seria de alta complexidade porque a internação não se dá em nível hospitalar. Percebe-se que o desenho no modelo de atenção ao usuário de AD mantém-se rígido em sua concepção, seguindo a lógica da hierarquização dos demais serviços e equipamentos de saúde da cidade, mas na prática esse não é o fluxo seguido.

O CAPSad têm sido a porta de entrada do sistema para os usuários de AD. O Programa de Saúde da Família (PSF) ainda se mantém demasiadamente afastado dessa questão. Os motivos são diversos e aqui talvez não devamos nos aprofundar. No entanto, a crítica ao desenho do modelo se faz tanto pela manutenção de um desenho hierarquizado verticalmente quanto pelo enrijecimento em seus fluxos.

Qualquer rede de atenção, e especificamente uma rede AD, precisam ter dispositivos e serviços que dê conta do sujeito, dentro de seu espectro, para que funcionando harmonicamente “as pessoas não fujam do atendimento da rede, porque senão vão terminar procurando diretamente outros equipamentos ou o hospital psiquiátrico, ou procurando diretamente o ambulatório” (AMARANTE, 1995) ou ainda as já comentadas comunidades terapêuticas.

Quando lembramos que mais de 6% da população usuária dos serviços de saúde mental, apresenta transtornos psiquiátricos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2006a) temos a certeza da necessidade de uma rede ampla, que seja diversificada e articulada. Assim segundo um dos entrevistados, a rede foi pensada a partir de uma idéia de articulação entre cinco equipamentos:

O equipamento central que é o CAPS, com um diálogo estreito com a Casa do Meio do Caminho, que essa está diretamente ligada ao CAPS, com a Unidade de Desintoxicação, que vai ser preferentemente fora do CAPS, no sentido de que não tenha essa submissão a essa relação, em relação ao CAPS e a Casa do Meio do Caminho, porque ela tem que estar num espaço clínico e o quarto equipamento de diálogo fundamental é a questão da atenção básica, porque o ambulatório virá como conseqüência que seria o quinto... (informação verbal)<sup>200</sup>.

---

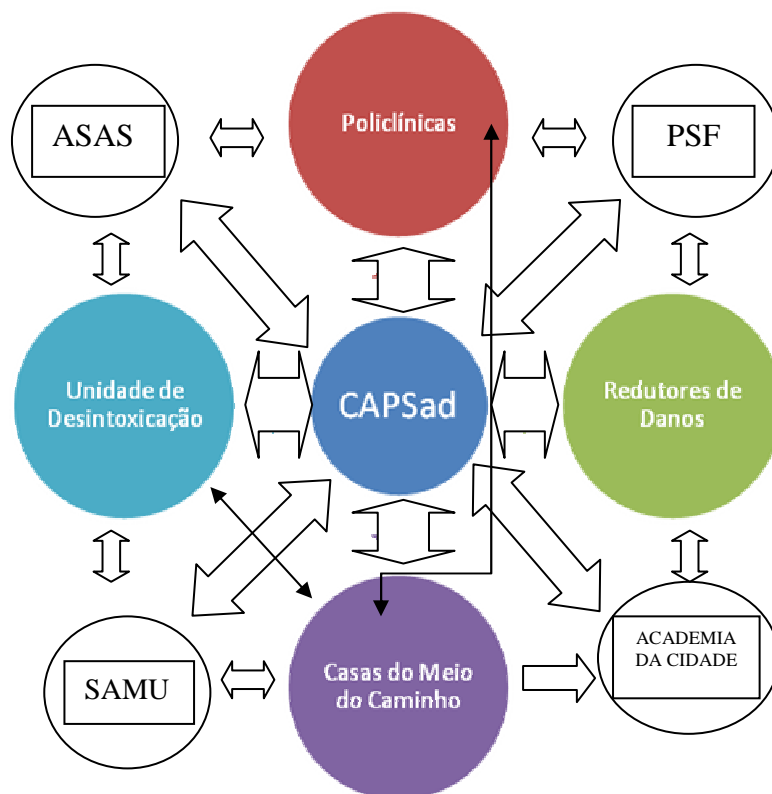
<sup>200</sup> Gestor Municipal 3.

Tal questão reporta ao fato de que é cada vez mais no território que a atenção ao sujeito deve ser dada de maneira integral (MENDES, 1993). Maia (2007) também reflete que:

A idéia de território ou área de abrangência é que faz com que seja possível organizar essa rede, incluindo grupos familiares e de vizinhança, instituições (escolas, comércio, igrejas, trabalho, etc.), em determinado espaço geográfico. Ou seja, abrange as diversas relações, sejam consangüíneas, afetivas, de interesses. Para tal, pelo conceito ampliado de saúde, utilizam-se todos os recursos, inclusive as redes sociais, para compor e potencializar a rede de cuidados em saúde mental.

Assim propomos um desenho de rede que seja circular e horizontal e que os fluxos de referência e contra-referência ocorram minimamente contemplando outras possibilidades de encaminhamento, mas ainda mantendo o CAPSad como o organizador do território, como preconiza a portaria número 336, e a CMC com a porta “fechada” no sentido de não poder receber demanda espontânea.

As setas em sentido duplo indicam a possibilidade de encaminhamento de referência e contra-referência, quando o usuário já se encontra albergado. Conseqüentemente as setas de sentido único mostram apenas a possibilidade de referência. No entanto para que estes encaminhamentos ocorram como o desenho propõe, a rede deve estar articulada considerando a coerência, as necessidades e as possibilidades de encaminhamento para cada caso:



**Fluxograma 1** - Modelo de atenção à saúde integral dos usuários de álcool, fumo e outras drogas de Recife. Recife, 2008.  
Fonte: Elaborado pela autora.

Esse parece ser um desejo de muitos que atuam no Programa Mais Vida, a construção de um modelo que articulado busque dar conta da integralidade da atenção enquanto rede:

Tá faltando na Casa, na rede essa noção dessa continuidade... todo mundo saber o que é que a pessoa está fazendo e a própria pessoa também saber o que é que ela está fazendo aqui, o que é que ela está fazendo ali, o que é que ela está fazendo aculá... e o que é que tem a ver isso pra construir o tratamento dela. As coisas estão distantes ainda... Porque assim, enquanto eu tô aqui eu tô aqui. Agora eu sou do albergue, ai tô no albergue. Agora eu sou da policlínica, ai vai pra policlínica. E não há uma comunicação, um funcionamento desse todo. Uma referência e contra referência da gente estar se comunicando... a gente está construindo agora, por exemplo, um prontuário único e chega a ser difícil esse romance continuado. Então são capítulos muito distantes, são episódios que a gente ainda está recortando<sup>201</sup> (informação verbal).

Também a clareza de que os técnicos que compõem estes serviços são de fundamental importância, pois através deles os fluxos poderão acontecer de maneira

<sup>201</sup> Gerente de CAPSad 3.

mais direta e clara, ou de maneira confusa. Quando cada um dos técnicos compreende seu papel como articulador do bom funcionamento dessa rede é possível se vislumbrar uma atenção mais integral ao sujeito, pois:

A equipe de referência contribui para tentar resolver ou minimizar a falta de definição de responsabilidades, de vínculo terapêutico e de integralidade na atenção à saúde, oferecendo um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (BRASIL, 2007b, p. 6).

Em cada um desses serviços é necessário a identificação dos aspectos que facilitam e que dificultam uma boa referência e contra-referência, de modo que: “Cada equipe de referência torna-se responsável pela atenção integral do doente, cuidando de todos os aspectos de sua saúde, elaborando projetos terapêuticos e buscando outros recursos terapêuticos, quando necessário” (BRASIL, 2007b, p. 9);

E ainda que:

A equipe de referência e o apoio matricial, juntos, permitem um modelo de atendimento voltado para as necessidades de cada usuário: as equipes conhecem os usuários que estão sob o seu cuidado e isso favorece a construção de vínculos terapêuticos e a responsabilização (definição de responsabilidades) das equipes (BRASIL, 2007b, p. 13-4).

Esses aspectos são corroborados pelos especialistas e também pelos profissionais escutados, principalmente referindo-se a necessidade de ligação entre a CMC e o CAPSad:

Ela funciona se tiver um contato íntimo com o CAPS. Não tem psiquiatra aqui, mas tá precisando de psiquiatra, tira um... Se o contato é bom, é só chamar e o psiquiatra vai ou o paciente vai lá (informação verbal)<sup>202</sup>;

Eu parto do princípio de que você vai ter pessoas que vão estar numa condição de risco ou numa condição de grau de abuso de droga, ou a partir de uma circunstância familiar não social, que não se beneficiariam do CAPS, por exemplo, e que a Casa talvez contemple essa necessidade desse usuário. E aí me parece uma questão importante que vocês fazem. Vocês fazem uma... a Casa está articulada com o CAPS. Então me parece que essa é uma questão mais dinâmica, que esse usuário é um usuário que a partir do momento da condição dele, a partir de como ele consegue se organizar e ir se estruturando, ele pode retomar um outro nível, uma outra forma de atenção, que não seja assim, uma forma mais fechada que tenha um tempo, um período que ele tivesse que ficar fora do circuito relacional dele. Tem uma rede pra dar esse suporte e os encaminhamentos são feitos... (informação verbal)<sup>203</sup>.

---

<sup>202</sup> Especialista em AD 1.

<sup>203</sup> Especialista em AD 2.



Assim são necessárias algumas ações para se trabalhar em rede de modo a garantir a tão falada e desejada atenção integral, visto que é muito recente esse debate no âmbito do Programa Mais Vida junto aos diversos serviços que compõe a atenção: “Então isso precisa ser feito num outro ângulo, no CAPS e também na rede de saúde ou no PSF, no ambulatório, uma atenção primária que pudesse está tentando aí está mais próximo do circuito de viver bem” (informação verbal)<sup>204</sup>.

Alguns problemas também são identificados nesse fluxo, principalmente quando o desenho do modelo, ou seja da referência e contra-referência se sobrepõem as necessidades dos serviços, em consequência, dos usuários:

Eu acho que tem que acertar algumas diretrizes... assim, o fluxo nosso com a UD, a gente ainda não tinha, enquanto Casa do Meio do Caminho, não ainda uma ligação porque até então eles não aceitavam [...], porque fazer um fluxo entre UD, CAPSad e Casa do Meio do Caminho? Como assim Casa do Meio do Caminho? O que é Casa do Meio do Caminho? Tá aonde a Casa do Meio Caminho? Se teoricamente ela não existe. Então o fluxo... por isso que a UD recebe de CAPSad porque são os dois serviços que de fato existem. Agora isso tá mudando não é? A gente está podendo encaminhar... (informação verbal)<sup>205</sup>.

Assim, também a partir das avaliações desses fluxos e demandas, visando uma maior efetividade do acompanhamento do hóspede no tratamento como todo, o Programa Mais Vida foi articulando algumas novas possibilidades de fluxo, pois afinal acredita-se que o trabalho deve ser realizado em rede. Por exemplo, alguns critérios de admissão já discutidos neste trabalho, que engessavam a admissão de alguns usuários por não possuírem um vínculo de tempo de tratamento maior com o CAPSad de referência. Também as CMC não poderiam encaminhar usuários diretamente para a UD num caso de emergência. Atualmente, esse fluxo tem sido mais discutido visto à dificuldade inclusive de se contar com o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) para atender uma população que não é muitas vezes considerada prioritária.

Há a discussão de outras questões que ainda se colocam não normatizadas para toda a rede, como no caso dos prontuários únicos já referidos. Algumas experiências de algumas CMC e CAPSad buscam alternativas para diminuir as dificuldades

---

<sup>204</sup> Especialista em AD 2.

<sup>205</sup> Coordenador da CMC1.

postas para um atendimento integral mas ainda carecem de um acompanhamento e monitoração dessas atividades no sentido de avaliar a importância delas. Por exemplo, questiona-se qual a possibilidade da UD fazer um encaminhamento direto para as CMC visto que atualmente o usuário precisa ser referendado pelo CAPSad de origem.

Pensando nessas questões as CMC só poderão responder ao princípio da integralidade se de fato der conta do trabalho em rede, pois ficou claro que nenhuma instituição vai ser capaz de dar conta sozinha de todas as demandas:

[...] é justamente o sentido de rede... É assim: nenhuma instituição vai ser capaz de dar conta de tudo, de todas as demandas, então é importante que essas instituições elas funcionem em rede para elas conjuntamente darem conta de tudo (informação verbal)<sup>206</sup>.

O olhar crítico para se reconhecer os avanços e onde ainda as CMC reproduzem a dificuldade de se trabalhar em rede também se faz necessário:

Eu penso, porque... quando você faz o serviço com suas regras, com suas prescrições como se o usuário tivesse que se adequar, você acaba excluindo uma parcela de pessoas, porque infelizmente muitas pessoas não vão se adequar. Não sei nem se é uma questão em algum serviço, todas as pessoas vão conseguir se beneficiar, mas se o olhar não for pro usuário a partir da necessidade dele, aí a Casa com suas regras vai trabalhando... Como é que esse usuário vai circulando sobre ela..., como é que também essa Casa vai podendo olhar um pouco pras necessidades dele... Você não parte disso, pra você ir tentando trabalhar a dificuldade do usuário. Você parte de alguma coisa que ele deveria fazer que ele deveria cumprir. Então assim, nesse aspecto, acho um ponto inflexível, mas que dentro de rede, me parece que a casa cumpre uma função importante e interessante (informação verbal)<sup>207</sup>;

[...] como eu sou muito otimista eu acho que assim, começa-se assim mesmo... Quando se falava, por exemplo, eu sou do tempo que o hospital psiquiátrico, nos banheiros não tinha portas para os pacientes não se enfocarem dentro do banheiro. Quer dizer o banheiro não era pra se fazer cocô não. Era um risco pra o paciente fazer cocô, porque ele queria fazer cocô e também se enforçar dentro do banheiro. Era aberta, era sem porta, a intenção era proteger o indivíduo, que ai era a grande sacanagem, uma falta de privacidade, a falta de respeito com o ser humano, a falta de individualidade a pessoa nem na hora do banheiro ela tinha privacidade [...] Então quem começou a trabalhar numa realidade dessas, hoje vê a pessoa ser tratada pelo nome, a pessoa ter a decisão de querer se tratar ou não querer se tratar, ser respeitado nela esse direito dela ser albergado ou não ser albergado, ela ser ouvida ali. Então eu vi um crescimento enorme [...] Por isso que eu tenho muita esperança que essas coisas progridam mais,

---

<sup>206</sup> Especialista em AD 1.

<sup>207</sup> Especialista em AD 2.

entende? A gente tinha serviços completamente isolados, de isolar a pessoa da família, de afastar a pessoa da... E a luta antimanicomial desse movimento de respeito ao indivíduo, de nomear, de ter uma identidade de se construir... isso melhorou muito. E eu acredito que a gente está num processo de crescimento ainda não está fechado, principalmente com usuários de álcool e drogas... (informação verbal)<sup>208</sup>.

De modo que para a garantia de uma referência e contra-referência fluida, que funcione adequadamente atendendo os anseios da população usuária de AD, será preciso que exista uma boa articulação entre as unidades do sistema local, reconhecendo quais os serviços existentes que estão fora dessa rede oficial, a partir do estabelecimento de coordenação únicos em cada nível, com definição clara das atribuições de cada unidade dentro da rede, de acordo com os princípios que regem o SUS.

#### 6.3.4 Intersetorialidade

Alves (2006, p. 168) defende que a saúde mental é o “primeiro campo da medicina em que se trabalha intensiva e obrigatoriamente com a interdisciplinaridade e intersetorialidade”. Com isso nos alerta para o fato de que quaisquer experiências inovadoras e criativas terão que necessariamente considerar esses aspectos. E se pensarmos no campo da intervenção sobre o uso ou abuso de drogas, esses dois conceitos serão ainda mais essenciais, visto a complexidade que permeia a questão (BUCHER, 1992).

A intersetorialidade é compreendida tradicionalmente pela articulação das políticas públicas básicas (educação, assistência social, saúde, habitação, cultura, lazer, trabalho etc.). No entanto, percebe-se que estas são políticas setoriais e desarticuladas, respondendo a uma gestão com características centralizadoras, hierárquicas, deixando prevalecer práticas nas diversas áreas, principalmente a social, que não geram a promoção humana (BOURGUIGNON, 2001).

---

<sup>208</sup> Gerente de CAPSad 3.

Além disto, percebe-se que cada área da política pública tem uma rede própria de instituições e/ou serviços sociais que não se comunicam entre si (BOURGUIGNON, 2001).

Nesse sentido diversos relatos trazem a questão da intersetorialidade como fundamental para se dar conta de maneira mais integral do cuidado aos usuários de AD:

Então eu sou muito simpático a essa idéia que eu vi na França. Eu acho que funciona muito bem esse modelo francês da “cadeia terapêutica”, que são instituições muito (ênfase) diferentes e cada uma atende a uma demanda específica. E eu acho que se a gente tiver várias oportunidades, a gente vai ter muito mais chances de atuar, né? (informação verbal)<sup>209</sup>;

Então dentro dessa necessidade de dialogar com a rede. A primeira rede de diálogo é a rede de saúde mental, de transtorno, depois ele vai ter que dialogar com a rede de saúde nas suas interfaces porque o consumo de drogas ele passa por todas as especialidades médicas (informação verbal)<sup>210</sup>,

E no externo, na macro, o processo de desenvolvimento da dependência é um processo que é dialético com várias facetas da sociedade. Então é um processo que tem interface com o jurídico, tem interface com o social, tem interface com o trabalho e geração de renda, tem uma interface com a questão do familiar, tem interface com a questão dos direitos humanos, tem interface com a questão da educação. Então não como você, no macro, também deixar de estabelecer contato com todos esses atores que tem interface grande no processo educativo, geração de trabalho, jurídico e tudo isso. Então eu acho que a dependência e acho que ao Albergue como ele é pensando, nele tem que ser pensado como uma instituição que trabalha a integralidade. E como instituição que está inserida dentro de um contexto e que ela é apenas um elemento deste contexto, inclusive pra pessoa poder se recuperar, ele vai ter que ter essa inserção desse contexto amplo da educação, da saúde, do desenvolvimento econômico, do trabalho, da questão dos direitos humanos, tudo isso (informação verbal)<sup>211</sup>.

Ao se pensar especificamente na questão do uso de drogas e dos problemas decorrentes deste, percebe-se claramente que a saúde sozinha não dará conta desta questão (BUCHER, 1992):

[...] com outras secretarias são interfaces muito importantes. Primeiro a Secretaria de Direitos Humanos.. A interface com a Educação... todo processo de educação precisaria estar preparado pra lidar com a questão de álcool e drogas.., no espaço da comunidade que trabalha com educação, depois vem a questão da Justiça, há um maior envolvimento dos consumidores de álcool e outras drogas com o problema da justiça, começando pela violência doméstica, passando pelo trânsito, passando

---

<sup>209</sup> Especialista em AD 1.

<sup>210</sup> Ex-gestor da SMS 2.

<sup>211</sup> Ex-gestor da SMS 2.

pelos homicídios... Então as outras causas externas, estão estreitamente relacionadas com a questão. Depois tem uma outra política que tem muito a ver com o Mais Vida, é a Secretaria de Políticas Públicas Sociais. Tem um trabalho de 1970, que mostra que o recurso médico é o quinto recurso a ser procurado pela população. Antes a pessoa tenta resolver isso sozinha, antes a pessoas tentam resolver isso no seio da família, depois procuram aconselhamento nos grupos religiosos, depois procuram posteriormente uma assistência social, pra depois chegar a questão do médico. E não estou nem falando especialista, estou falando à saúde, procurar a saúde pra responder problemas de saúde. Isso inclui em geral as coisas da mente, porque as coisas do corpo, se procura mais rápido. Então a gente precisa ter um diálogo estreito com a Política de Assistência Social, por força de que parte da demanda aparece através deles... (informação verbal)<sup>212</sup>

Compreendendo que a intersetorialidade é a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos (SANTOS, 2000), esta parece-nos uma alternativa possível e necessária para lidar com a complexidade da questão AD.

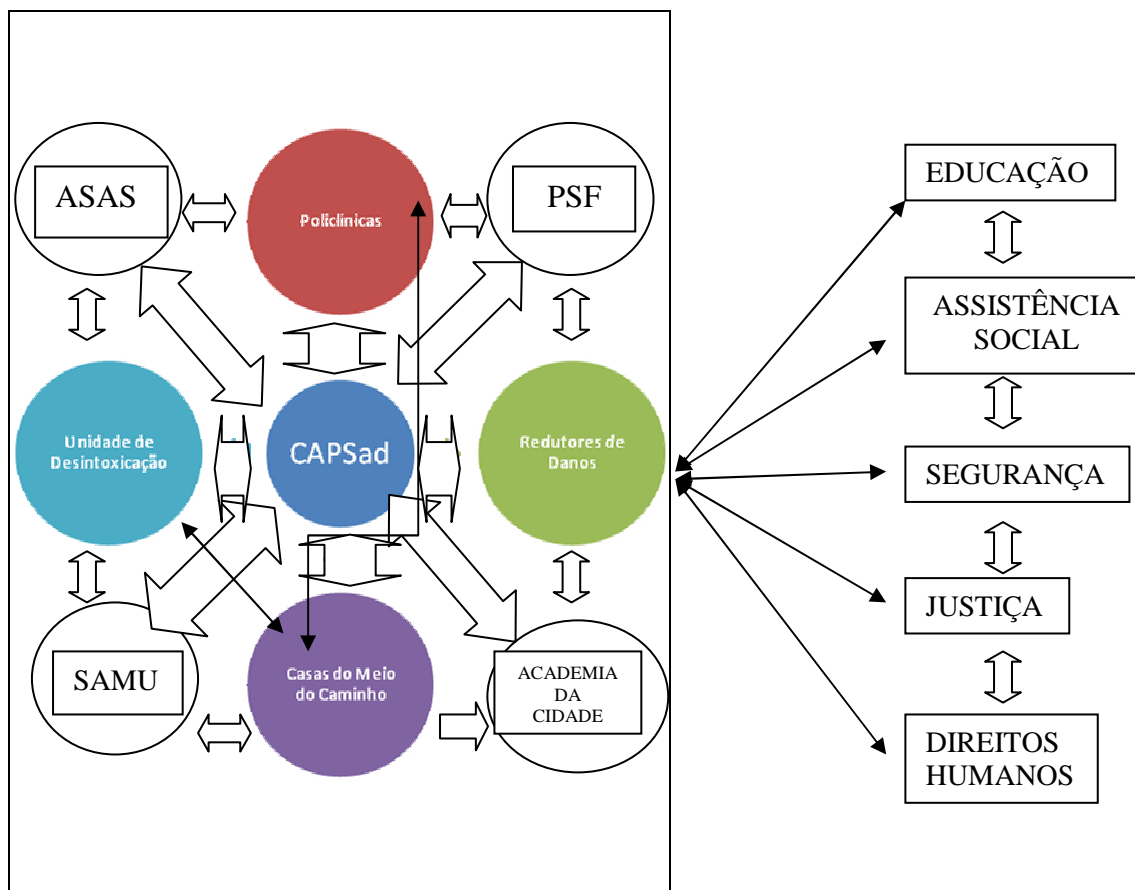
A intersetorialidade é entendida então como uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população (SANTOS, 2000).

Este mesmo autor refere que em países em que há um avanço no processo democrático, a intersetorialidade está em consolidação e naqueles países onde existe uma profunda desigualdade social, a construção da intersetorialidade como um novo arranjo para intervenção, tem o potencial de se converter em uma estratégia democratizadora, que possibilita a abertura de novos espaços de participação, a constituição de novos sujeitos, o empoderamento e a inclusão de novos atores sociais no processo de decisão política e de gestão dos espaços públicos (SANTOS, 2000).

Novamente o desenho proposto anteriormente, surge como uma possibilidade de se repensar as relações existentes hoje entre os diversos setores, principalmente quando consideramos o conceito ampliado de saúde. Acrescentam-se alguns que surgiram através das entrevistas, mas certamente outros setores poderiam estar compondo essa rede:

---

<sup>212</sup> Ex-gestor da SMS 2.



**Fluxograma 2** - Modelo de atenção à saúde integral dos usuários de álcool, fumo e outras drogas de Recife / Intersetorialidade. Recife, 2008.  
Fonte: Elaborado pela autora.

Como já dito, os problemas complexos, e neste a problemática de álcool e outras drogas, estão presentes em todos os contextos e a ação intersetorial vem sendo proposta e construída cada vez mais como essa possibilidade de ação mais efetiva para garantia da integralidade.

Por isso o olhar macro defendido por Cecílio (2006) torna-se fundamental. É preciso perceber as potencialidades e limitações dos serviços que desconectados, não poderão atuar diretamente neste sentido. No entanto se estiverem em articulação direta com uma rede, no sentido dado por Santos (2000), novos espaços de descoberta de soluções serão possíveis.

Olhando especificamente para as CMC, os limites de articulação deste serviço, são ainda maiores que os geralmente postos para uma ação conjunta com diversos setores, visto sua natureza ainda em construção. Um especialista reflete que “desconfia” da atuação da CMC, no sentido de que momentaneamente, a CMC

parece “resolver” diversas questões do usuário, pois neste espaço o usuário tem assistência adequada, alimentação, higienização, “dormida”...

Porque eu imagino que não deixa de ser um ambiente artificial e que ele vai ter e a equipe também, as suas interações... mas que não vai suprir na sua totalidade, das necessidades de informação, de instrumentalização, de olhar pro trabalho para as necessidades do trabalho, olhar pra questão da realidade histórica daquele sujeito, porque isso não dá pra ser feito exatamente na Casa, não dá pra gente ter alguma dimensão disso... (informação verbal)<sup>213</sup>.

Vale salientar que as CMC ainda se encontram num momento de discutir a “intrasetorialidade” e a intersetorialidade, apesar de necessária como aqui refletido ainda está como um projeto a ser pensado junto a este modelo.

Assim, a Casa do Meio do Caminho como um espaço que pretende ser uma passagem na vida do usuário, precisará estar articulada nessa rede de atenção, de modo que o setor saúde possa ampliar seu papel junto a outros setores, a fim de que esta realidade seja de fato modificada. Só assim o sujeito terá a garantia de uma atenção integral.

---

<sup>213</sup> Especialista em AD 2.

# **C**ONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES





## 7 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Finalizando este “relato avaliativo” sobre a experiência da SMS de Recife através das Casas do Meio do Caminho chegamos a algumas conclusões com a certeza de que muito ainda precisa ser observado, questionado, medido, testado e avaliado pois apesar do notório crescimento da Política Nacional de Saúde Mental, e da implantação de serviços destinados aos cuidados dos usuários de AD no Brasil, tais ações ainda são insuficientes e carecem de maiores investigações. Principalmente se levarmos em consideração o quanto à necessidade de equipamentos com níveis de complexidade variados, que atendam a diversos perfis de usuários de AD.

A integralidade da atenção ainda é um desejo de muitos que atuam na saúde visto que as demandas por questões consideradas “básicas” como moradia, alimentação, educação e acesso aos serviços de saúde ainda são questões prioritárias no enfrentamento das desigualdades sociais. Os chamados determinantes sociais de saúde aparecem como pano de fundo para a grande maioria dos usuários que procuram tratamento nas CMC.

No entanto algumas “conclusões”, entre outras por entendermos que nada é irrefutável, podem ser inferidas. A primeira delas refere-se ao reconhecimento da CMC e de sua importante contribuição como um serviço que amplia as opções de cuidado na área da Saúde Mental. Ou seja, nossa hipótese foi confirmada: as CMC são um espaço pertinente que contribuem para a integralidade da atenção aos usuários de AD. Sua inserção na composição da Rede de Atenção Integral aos Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas de Recife foi considerada como uma experiência inovadora que vem atender a uma demanda anteriormente negligenciada pelo setor público.

Aportando na defesa do princípio da integralidade como uma bandeira de luta e considerando que ela reflete um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária, as CMC apresentam atividades terapêuticas e possuem uma equipe que sobre o aspecto da integralidade micro aproxima-se de seu objetivo, ou seja, buscam

trabalhar a conscientização da relação do usuário com a droga sem impor estigmas e marginalização a estes usuários.

Queremos nos distanciar da idéia de que a integralidade seja uma utopia junto aos serviços de AD, pois julgamos que atendendo minimamente aos papéis e atribuições de cada ator e/ou de cada serviço, no conjunto existente de serviços na rede, esse princípio tornar-se-á real e possível.

Cabe novamente apontar o caráter teleológico do princípio que, embora não tenha o condão de concretizar no plano fático o que pretende garantir no campo das idéias, é suficiente para servir de norte a ser perseguido incessantemente. Partindo do pressuposto de que o indivíduo está em constante renovação e que o corpo social não pára de sofrer transformações e renomear suas necessidades, atingir essa integralidade não passaria de uma condição provisória que se desdobra incessantemente na tentativa de atender às novas demandas.

A recente aprovação da Lei Municipal Nº 141, que sancionou a criação do cargo de Agente Redutor de Danos caminha nessa direção. Também em nível nacional, algumas experiências consideradas exitosas quanto aos redutores de danos, no entanto diferentemente da atribuição dada ao cargo por Recife, nos tem trazido vigor e esperança pelo reconhecimento deste profissional.

O cargo em Recife comportará as atribuições e características do Redutor de Danos e do Acompanhante Terapêutico de modo que, independente de governo, essa será uma atividade garantida nas políticas públicas de saúde de Recife junto ao SUS. A forma como esta se dará ainda é uma incógnita.

É certo que não há a garantia da manutenção do modelo das CMC numa possível mudança de gestor na esfera municipal. Também não é esta a nossa intenção, no sentido atribuído de se fazer política pela manutenção das Casas. Mas, o reconhecimento da atividade do agente redutor de danos, seja atuando no campo e no território, ou como acompanhante terapêutico nas CMC, estará resguardado, mesmo que seja para ser desenvolvido junto a outro serviço de saúde que

contemple esse tipo de cuidado oferecido aos usuários de AD, como hoje acontece através das CMC.

As CMC indicam a possibilidade de uma outra realidade, ou seja, a composição de uma rede articulada com os demais serviços, ampliando o leque de opções, transformando as políticas públicas dirigidas aos usuários de AD para além dos poucos serviços existentes. E ainda na perspectiva de reforçar o processo da Reforma Psiquiátrica como alguns dos bem sucedidos exemplos das Residências Terapêuticas em alguns lugares do Brasil.

Entendemos o modelo proposto fazendo parte de um pensamento crítico, um pensamento que se recusa a reduzir a realidade ao que está posto, aquele pensamento rígido e retrógrado do “só tem isso é porque só tem isso e ponto final”, que se indigna com algumas características do que “existe”, e almeja superá-las buscando possíveis soluções para o problema encontrado.

Pela sua inovação e novidade, as CMC encontram-se num processo de tentativa de resposta a algumas lacunas existentes na política de atenção aos usuários de AD, ao mesmo tempo, que, ainda buscam construir seu próprio processo identitário. Seja na esfera micro, pensando em seu funcionamento interno, seja na esfera macro, refletindo seu papel na rede. Sua “personalidade” híbrida precisa ser melhor trabalhada e discutida junto aos que atuam oferecendo este serviço à população.

Os atores que compuseram a criação das CMC e que em seguida possibilitaram sua implantação e implementação no SUS, mesmo com suas indignações e críticas ao que existe hoje, comungam com o ideal de outra possibilidade de serviço. Um espaço que sirva de atenuante ao processo de exclusão tão fortemente arraigado junto aos usuários de AD e ao mesmo tempo se afaste da vertente do tratamento na abordagem moralista, medicamentosa e médica.

Outros estudos de avaliação devem servir e precisam acontecer como impulsionadores para as ações em saúde, pois será justamente na interação entre as práticas de saúde pública e o conhecimento acadêmico que a avaliação vai se traduzir num propósito de cunho prático e objetivo. Por isso a conclusão de que as

CMC ainda carecem de outros olhares para aprofundar algumas questões encontradas como fundamentais para a efetividade deste modelo e impacto junto aos indicadores de saúde da população AD.

Entre estas destacam-se a atuação dos acompanhantes terapêuticos como um novo ator de grande relevância para o atendimento integral dos usuários de álcool e drogas, com suas atribuições específicas enquanto profissional da saúde, inclusive sendo esta uma função estimulada, possível de ser realizada por usuários e ex-usuários de AD.

Também os aspectos avaliados nas dimensões micro e macro trazem reflexões importantes a partir do olhar para as CMC, entre estas destacamos:

1- a falta de compreensão sobre o que são a integralidade e os demais princípios do SUS, os critérios de exclusão identificados e os que ferem o princípio da integralidade, tais como o atendimento aos usuários com comorbidade psiquiátrica, o tempo de albergamento, a clínica “dura” X a falta de conhecimento ao lidar com o dependente (por vezes as equipes também não consideram o usuário de AD como sujeito de direitos, reforçando a “marginalidade” a que estes estão sujeitos);

2- a falta de compreensão do modelo da Casa, que acabam por dificultar os encaminhamentos e todo o processo de referência e contra-referência, seja pelos profissionais, pelos especialistas e mesmo pela comunidade como um todo;

3- a dicotomia paradigmática entre o Ambiente Livre do Fumo e a Redução de Danos, que expulsa uma possível demanda que não consegue sequer ser mensurada e que só através de uma investigação científica, epidemiológica, quantitativa, poderá analisar o que a prática dos Ambientes Livres do Fumo tem interferido nos resultados terapêuticos e de atenção aos usuários de AD. Saliento esse aspecto visto a necessidade de afinação com a Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas preconizadas pelo SUS, na qual o eixo norteador da política é a redução de danos. Certamente as pessoas que desejarem a abstinência como tratamento e tiverem condições internas de decidir por esta opção, devem ser respeitadas e estimuladas pelos serviços de saúde a

fazê-lo. Mas esta opção não deve ser imposta ao usuário de AD, pois contraria os princípios dos direitos humanos e não considera questões fundamentais para o desenvolvimento da cidadania, como a autonomia e a liberdade de escolha. Pois entendemos que o Estado não pode “tutelar” o indivíduo como já o fez em tempos passados. Com o conceito ampliado de saúde, contemplada pela práxis da clínica ampliada, não se justifica um serviço que exclua outras possibilidades de atenção e cuidado, visto que esbarra diretamente na concretização do princípio da integralidade;

4- e ainda o desconhecimento sobre o modelo das CMC que inspiradas num misto de experiências como a comunidade terapêutica e as pensões protegidas em sua concepção humanizada e libertária original, acabam por dificultar e fazer “valer” esse modelo no próprio sistema de saúde;

5- a falta de estudo, “de respostas” para se pensar a questão das especificidades: mulheres, adolescentes, usuários de AD crônicos, as comorbidades psiquiátricas, incluindo a urgente necessidade de reaproximação entre as coordenações de AD e saúde mental dentro da própria SMS;

6- a falta de um sistema de acompanhamento das ações no Programa Mais Vida, de modo que não há um embasamento teórico referenciado para as escolhas de determinadas normatizações. Percebe-se que o que referendou determinadas escolhas muitas vezes foi a própria política e a inserção de alguns atores neste contexto;

7- a imperativa necessidade de um trabalho intersetorial e de reconhecimento e articulação dos serviços existentes sejam no seio da SMS seja em nível estadual, visando a reinserção social e a melhoria da qualidade de vida do usuário AD.

Deste modo, sinto-me motivada a sugerir algumas recomendações que extrapolam o simples relato da experiência aqui apresentada a partir das Casas do Meio do Caminho. São sugestões que considerando este serviço inserido na Rede e que para seu adequado funcionamento, algumas questões precisam ser otimizadas também em conformidade com o princípio de atenção integral ampla:

- a) Trabalhar na coletividade dos trabalhadores de saúde mental os princípios do SUS, destacando a integralidade como princípio norteador das ações na Rede de Atenção aos Usuários de AD;
- b) Divulgar no âmbito interno da Prefeitura da Cidade do Recife, digo, Secretaria de Saúde, Secretaria de Educação, Secretaria de Cultura, Secretaria de Assistência Social, entre outras, através do Programa Mais Vida, o que são as Casas do Meio do Caminho, para que servem, qual seu público alvo etc;
- c) Refazer o desenho do Modelo de Atenção aos Usuários de AD respeitando a horizontalidade das ações redefinindo os fluxos possíveis e ampliando o acesso dos usuários de AD;
- d) Priorizar o suporte junto a Atenção Básica através das equipes de Ação Avançada (ou futuramente as equipes do NASF) e educação permanente para que o PSF possa atender a população AD;
- e) Repactuar através de protocolos discutidos entre os serviços, ações e encaminhamentos que possam dar conta do atendimento das comorbidades psiquiátricas X uso de AD, para garantia do albergamento;
- f) Proporcionar educação continuada das equipes: CAPSad, UD, CMC e Redutores de Danos no sentido das concepções teóricas que norteiam a clínica da dependência, incluindo o viés da Redução de Danos e a Clínica Ampliada;
- g) Proporcionar educação continuada que contemple as questões específicas para o trabalho com mulheres, adolescentes, e os casos crônicos de AD;
- h) Definir parcerias com outras instituições visto que a Rede de Álcool, Fumo e Outras Drogas de Recife ainda não contempla a atenção a crianças;
- i) Adequar as referências de adolescentes a CMC que tenha uma melhor condição de infra-estrutura, visto a precariedade do espaço físico hoje disponibilizado para este público na CMC Luis Cerqueira (a sugestão é que a CMC Antônio Nery Filho torne-se a referência para adolescentes visto a proximidade com a Lagoa do Araçá, além de melhores condições do ambiente: estrutura física, localização etc. A equipe certamente também precisaria ser adequada a uma equipe técnica “especializada” em trabalhar com este público);

- j) Definir a identidade do Espaço Jandira Masur mantendo a possibilidade de albergamento para mulheres, e garantir o recebimento de adolescentes a partir de 14 anos neste espaço;
- k) Estudar a “adequação” de um atendimento diferenciado nos grupos da CMC quando da permanência de adolescentes, adultos e idosos nos mesmos grupos não havendo um melhor aproveitamento por parte desses públicos específicos visto a não identificação etária;
- l) Criar um banco de dados que possa minimamente dar conta do perfil epidemiológico dos usuários que buscam o albergamento além de outras questões pertinentes aos serviços oferecidos aos usuários de AD;
- m) Construir um instrumento de acompanhamento de indicadores de saúde para a população que buscou o albergue;
- n) Redefinir uma “Rotina de Trabalho” ou “Manual do AT” que respeitando as diferenças de cada uma das CMC definam minimamente os pressupostos básicos da organização do processo de trabalho interno das Casas;
- o) Redefinir e repactuar internamente – Programa Mais Vida e a Secretaria de Saúde – a impossibilidade de convivência dos paradigmas da Redução de Danos e Ambientes Livres do Fumo, junto as CMC, visto a incoerência expressa nessa convivência acarretando prejuízo direto aos usuários de drogas ilícitas e os usuários que não desejam parar de fumar que perdem a oportunidade do tratamento e o benefício do serviço;
- p) Garantir a realização do concurso público para Redutores de Danos e Acompanhantes Terapêuticos e a consequente ampliação dos serviços de AD no município;
- q) Priorizar a discussão quanto a reinserção social a partir das CMC, bem como ampliar a discussão interna sobre a intersectorialidade junto aos serviços de AD;
- r) Reforçar internamente a importância dos Profissionais da Academia da Cidade nestes espaços (CAPSad e CMC) visto a constante “ameaça” de que estes não são profissionais que devem compor estas equipes.

A complexidade em torno de tratamentos para usuários de AD está longe de ser concluída, ao contrário cada vez mais percebe-se a necessidade de recriação do que já existe enquanto possibilidades de cuidado. Assim espera-se que este estudo venha a contribuir na defesa do direito a uma atenção digna, humanizada e integral

para todos os que sofrem em decorrência de algum tipo de problema mental, sejam eles os transtornos mentais ou o uso abusivo e prejudicial de drogas.

Finalizando a dissertação, fica o sentimento de que para se entender a existência das CMC junto ao modelo proposto por Recife teremos sempre que fazer o exercício de nos lembrar que historicamente a exclusão asilar, a segregação e a violência, sempre foram marcas associadas aos portadores de transtorno mental e conseqüentemente aos usuários de AD.



# REFERÊNCIAS



## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). *Resolução RDC nº 101, de 31 de maio de 2001*. Estabelecer Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101\\_01rdc.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm)>. Acesso em: 20 fev. 2008.

ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006a. p. 167-176.

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. Cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 221-240.

AYRES, J. R. C. M. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 139-182.

AMARANTE, P. *O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama, ENSP, 1995.

AMARANTE, P.; GULJOR, A. P. Reforma psiquiátrica e desistitucionalização: a (re)construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. p. 65-76.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE JUSTIÇA TERAPÊUTICA. *Justiça Terapêutica*. Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<http://www.anjt.org.br/index.php?id=1>>. Acesso em: 27 jan. 2008.

BARBIER, R. *A pesquisa-ação na instituição educativa*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARRIO, L. R. et al. Avaliação qualitativa de serviços em saúde mental a partir das perspectivas de usuários e profissionais: negociação, cidadania e qualidade dos serviços. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Vozes, 2004. p. 401-450.

BASAGLIA, F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

BASTOS, F. I. et al. A importância das estratégias de redução de danos para os países em desenvolvimento. *Drogas & AIDS: Estratégias de RD*. São Paulo: Hucitec, 1999.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA, B.; AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 71-90.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-468, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). Da Seguridade Social. In: \_\_\_\_\_. *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Saraiva, 1998.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 4 mar. 2008.

BRASIL. *Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006*. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF, 2006c. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm)>. Acesso em: 15 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Manual de redução de danos: saúde e cidadania*. Brasília, DF, 2001. (Série Manuais, n. 42).

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. *Saúde mental em dados*. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Descentralização de Informação do Sistema Hospitalar - SIH: manual de orientações técnicas*. Brasília, DF, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº336/GM, de 19 de fevereiro de 2002*. Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF, 2003a. (Série E - Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual do Programa "De volta para casa"*. Brasília, DF, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Painel de indicadores do SUS*. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa sobre perfil das comunidades terapêuticas*. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Por um mundo sem tabaco: mobilização da sociedade civil. Ação global para o controle do tabaco – 1º Tratado Internacional de Saúde Pública*. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 154, de 25 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, DF, 2008a. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/PORTARIA%20GM%20N154.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.197/GM, de 14 de outubro de 2004*. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília; DF, 2004c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2197.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção*. Relatório de Gestão – 2003-2006. Brasília, DF, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília, DF, 2005b. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional sobre drogas*. Brasília, DF, 2005c. Disponível em: <<http://obid.senad.gov.br/OBID/Portal/conteudo.jsp?IdPJ=4402&IdEC=6975>>. Acesso em: 20 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada: equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília, DF, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Viva Voz: Sistema Nacional de Auditoria*. Brasília, DF, 2008b. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/imprimir.cfm?id=1595>>. Acesso em: 2 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. *Informações de saúde*. Brasília, DF, 2008c. Disponível em: <[tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm)>. Acesso em: 21 fev. 2008.

BODSTEIN, R. C. Política e serviços de saúde na perspectiva sociológica: notas metodológicas. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências sociais e saúde*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

BOURGUIGNON, J. A. *Concepção de rede intersectorial*. São Paulo, 2001. Disponível em: <<http://www.uepg.br/nupes/intersector.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2007.

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

CABRAL, A. et al. (Org.). *Referência e contra-referência: uma proposta de reestruturação para a assistência à saúde no distrito sanitário IV – Recife*. Recife: Bagaço, 2005.

OS CAMINHOS da educação médica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 229-230, jul./set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>

scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0104-42302004000300001>. Acesso em: 2 dez. 2007.

CAMPOS, A. R.; RAMEH-ALBUQUERQUE, R. C.; ALMEIDA, R. *A importância da interface entre o PSF e o CAPSad na atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas*. In: CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA, 11.; CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8., 2006, Rio de Janeiro. *Anais*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

CAMPOS, G. W.S. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARLINI, E. A. et al. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005*. São Paulo: CEBRID: UFSP, 2006.

CARNEIRO, H. *A Fabricação do vício*. 2002. Disponível em: <[http://www.neip.info/downloads/t\\_hen1.pdf](http://www.neip.info/downloads/t_hen1.pdf)>. Acesso em: 13 dez. 2007.

CARVALHO, G. Os governos trincam e trancam o conceito da integralidade. Entrevista. *RADIS- Comunicação em Saúde*, Rio de Janeiro, n. 49, p. 16, set. 2006.

CAVALCANTE, T. M. *O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios*. São Paulo: INCA, 2005.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 113-126.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. *Carta de Ottawa*. Washington: OPAS, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>> Acesso em: 12 jan. 2008.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1., Brasília, DF. *Relatório final*. Brasília, DF: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1988.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2., Brasília, DF. *Relatório final: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., Brasília, DF. *Relatório final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, 2005, Brasília, DF. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília, DF: OPAS: Ministério da Saúde, 2005a.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETARIOS DE SAÚDE (Brasil). *SUS: avanços e desafios*. Brasília, DF, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CONILL, E. M. Complementando a discussão sobre a atenção básica: podem o acesso, a integralidade e o controle social se constituírem em temáticas de consenso para a avaliação da reforma brasileira? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 423-429, 2002.

COSTA, J. F. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

COSTA, A. M. *Avaliação da política nacional de saneamento: Brasil – 1996/2000*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.

COSTA, C.; ROCHA, G.; ACÚRCIO, M. *A entrevista*. Metodologia da Investigação. 2004. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2004. Disponível em: <<http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi1/entrevistat2.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2007.

COTRIM, B. C. A prevenção ao uso indevido de drogas nas escolas. In: SUDBRACK, M. F. O. (Org.). *Prevenção ao uso indevido de drogas: diga sim à vida*. Brasília, DF: Unb, 1999. v. 1, p. 58-67

CRUZ, M. S. Internação versus tratamento ambulatorial. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 113-122.

CRUZ-NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. et al. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p. 51-66.

DE LEON, G. *A Comunidade terapêutica: teoria, modelo e método*. São Paulo: Loyola, 2003.

DELGADO, P. G. et al. MACÊDO, P. R.; CORDEIRO, F.; RODRIGUES, S. M. Álcool e redução de danos: construção de uma política intersetorial efetiva. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição*. Brasília, DF, 2004.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica e inclusão pelo trabalho. In: \_\_\_\_\_. *Saúde mental e economia solidária*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. 2007. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Desinstitucionaliza%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em: 19 mar. 2008.

DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

DONABEDIAN, A. *La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación*. México: Ediciones Científicas, 1984.

DONEDA, D.; GANDOLFI, D. O início da redução de danos no Brasil na perspectiva governamental: ação local com impacto nacional. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006.

DONINI, A. A. et al. *Acompanhamento terapêutico*. Disponível em: <<http://www.entreamigos.com.br/Dicas/acompanhamento.html>>. Acesso em: 14 jan. 2008.

DRAIBE, S. Apresentação. In: RICO, E. M. (Org.). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. 3 ed. Cortez: São Paulo, 2001.

ESCOBAR, J. C. S. A perspectiva psicanalítica. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006.



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Grupo de Trabalho em Saúde Mental. *Textos de apoio em Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

FARIA, R. M. Avaliação de programas sociais : evoluções e tendências. In: RICO, E. M. (Org.). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001. p. 41-49.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. *Drogas e álcool: prevenção e tratamento*. São Paulo: Komedi, 2001. Disponível em: <<http://www.febract.org.br/ae.htm>>. Acesso em: 12 jul. 2007.

FOCCHI, G. R. A.; ANDRADE, A. G. Abordagens não farmacológicas no tratamento das dependências. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006.

FOUCAULT, M. *História da loucura: na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal, 2004.

FOUCAULT, M. Uma consciência política. In: \_\_\_\_\_. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FRAGA, P. C. P. Juventude, narcotráfico e violência no Brasil: para além do rural e do urbano. In: RIBEIRO, A. M. M.; IULIANELLI, J. A. S. (Org.). *Narcotráfico e violência no campo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

FRIEDMAN, S.; DES JARLAIS, S. D. C. A importância das estratégias de redução de danos para os países em desenvolvimento. In: MESQUITA, F. C.; BASTOS, F. I. (Org.). *Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos*. São Paulo: Hucitec, 1994.

FURTADO, J. P. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da unidade de reabilitação de moradores aos CAPS estação. In: \_\_\_\_\_. *A Reforma psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2005.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. *I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas: Parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo – 1999*. São Paulo: CEBRID: UFSP, 1999.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: envolvendo as 107 maiores cidades do país*- 2001. São Paulo: CEBRID: UFSP, 2002.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. *IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras – 1997*. São Paulo: CEBRID: UFSP, 2000.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. *V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras – 2004*. São Paulo: CEBRID: UFSP, 2004.

GEORGE DE LEON. *A Comunidade terapêutica: teoria, modelo e método*. 1. ed. São Paulo: Loyola, 2003.

GIGLIOTTI, A. P. Comorbidade psiquiátrica em tabagismo X dependência de álcool e outras substâncias. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS DE ÁLCOOL E DROGAS (Org.). *Comorbidade: transtornos mentais X transtornos por uso de substâncias de abuso*. Rio de Janeiro, 2005.

GONDIM, D. S. M. *Análise da implantação de um serviço emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?* 2001. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOLDENBERG, M. *A Arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais*. Rio de Janeiro: Record, 1998.

GOTI, M. E. *La comunidad terapêutica: um desafio e la droga*. Barcelona: Ed. Nueva Vision, 1997.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

INSTITUTO FRANCO BASAGLIA. *Quem foi Franco Basaglia?* Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <[http://www.ifb.org.br/franco\\_basaglia.htm](http://www.ifb.org.br/franco_basaglia.htm)>. Acesso em: 11 nov. 2007.

INSTITUTO RAID. *O Programa*. Recife, 2007. Circulação interna.

KARAN, M. L. Redução de danos, ética e lei: os danos da política proibicionista e as alternativas compromissadas com a dignidade do indivíduo. In: SAMPAIO, C. M. A.; CAMPOS, M. A. (Org.). *Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos*. Rio de Janeiro: Aborda, 2003. p. 45-97.

KARAN, M. L. Legalização das drogas contra a violência. *Olhar Virtual*, Rio de Janeiro, n. 130, set. 2006. Disponível em: <[http://www.olharvirtual.ufrj.br/2006/imprimir.php?id\\_edicao=130&codigo=4](http://www.olharvirtual.ufrj.br/2006/imprimir.php?id_edicao=130&codigo=4)>. Acesso em: 4 fev. 2008.

KINOSHITA, R. T. Uma experiência pioneira: a reforma psiquiátrica italiana In: MARSIGLIA, R. D. (Org.). *Saúde mental e cidadania*. São Paulo: Mandacaru, 1990.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

LANCETTI, A. A modo de posfácio. In: \_\_\_\_\_. MARSIGLIA, R. D. (Org.). *Saúde mental e cidadania*. São Paulo: Mandacaru, 1990.

LANCETTI, A. Saúde mental nas estranhas metrópoles. In: MARSIGLIA, R. D. (Org.). *Saúde loucura: saúde mental e saúde da família*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

LARANJEIRA, R. et al. *I Levantamento nacional sobre o padrão de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília, DF: SENAD, 2007.

LEVIN, K. *Princípios de Psicologia Topológica*. São Paulo: Enigma das Letras, 1973.

MACHADO, K. Experiências inovadoras no ensino da saúde. *RADIS - Comunicação em Saúde*, Rio de Janeiro, n. 49, p. 10-15, set. 2006.

MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

MAGNANI, J. G. C. Discurso e representação, ou de como os Baloma de Kiriwina podem reencarnar-se nas atuais pesquisas. In: CARDOSO, R. (Org.). *A aventura antropológica: teoria e pesquisa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

MAIA, A. I. S. *A política de saúde mental em Recife: caminhos da desinstitucionalização*. 2007. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

MARLATT, G. A. *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

MARRIOTTI, H. Apresentação. In: MATURANA, H. R.; VARELA, F. J. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana*. 5. ed. São Paulo: Palas Athena, 2005.

MARTINS, S. M. Norma, desvio e uso de drogas: o contexto da busca da cidadania pela redução de danos. In: SAMPAIO, C. M. A.; CAMPOS, M. A. (Org.). *Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos*. Rio de Janeiro: Aborda, 2003.

MASSARD, E. Políticas de redução de danos em perspectiva: uma comparação das experiências americana, britânica e brasileira. In: ACSERLALD, G. (Org.). *Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos*. Rio de Janeiro: 2005.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

MATURANA, H. R.; VARELA, F. J. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana*. 5. ed. São Paulo: Palas Athena, 2005.

MEDEIROS, A. Ulisses Pernambucano, psicólogo. In: ROSAS, P. (Org.). *Memória da Psicologia em Pernambuco*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2001.

MENDES, E. V. et al. Território: conceito chave. In: MENDES, E. V. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.

MELCOP, A. G.; CAMPOS, A. R.; FRANCH, M. *Sem preconceitos: um guia sobre o consumo de drogas para profissionais, usuários e curiosos*. Recife: Centro de Prevenção às Dependências, 2002.

MELO, W. Ulysses Pernambucano: o enamorado da liberdade. In: JACÓ-VILELA, A. M.; JABUR, F.; RODRIGUES, H. B. C. (Org.). *CLIO-PSYCHÉ - Histórias da Psicologia no Brasil*. Rio de Janeiro: NAPE, UERJ, 1999.

MINAYO, C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MORAES, M. M. *O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais*. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2005.

MORAES, M. M. *Capacitação aos profissionais do Programa Mais Vida da Secretaria de Saúde de Recife*. Colagem de textos e referências. Recife, 2007. Apresentação em PowerPoint.

MORAES, M. M. *O modelo de atenção à saúde para usuários/as de drogas: diálogos e contradições*. Recife, 2006. Mimeografado.

MOURA NETO, F. D. M. M. Bases para uma reforma psiquiátrica. In: MARSIGLIA, R. D. (Org.). *Saúde mental e cidadania*. São Paulo: Mandacaru, 1990.

NOTO, A. R. *Uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras no ano de 1997*. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1998.

NOTO, A. R.; GALDURÓZ, J. C. F.; NAPPO, S. O consumo de drogas psicotrópicas na sociedade brasileira. In: SUDBRACK, M. F. O. (Org.). *Prevenção ao uso indevido de drogas: diga sim à vida*. Brasília, DF: SENAD, 1999. p. 38-45.

OLIVESTEIN. C. Ser toxicômano no ano 2000. *Álcool e Drogas: Revista da ABEAD*, São Paulo, ano 1, v. 2, n. 1, p. 1998.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAIROL, M. Z. *Epidemiologia & Saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. *Atendimento integrado a utilizadores de substâncias psicoativas: reestruturação*. Recife: Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana, 1993. Circulação interna.

\_\_\_\_\_. *Um processo de busca: experiência do Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana com usuários de drogas*. Relatório do CECRH para o Encontro de Centros Brasileiros. Recife: Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana, 1988. Circulação interna.

\_\_\_\_\_. *1º Projeto Terapêutico para criação do CPTRA*. Recife: Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo, 1991. Circulação interna.

PESTANA, M.; MENDES, E. V. *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004.

PESSOA, V. R.; OLIVEIRA, E. M. *Grupo operativo com pacientes dependentes*. Trabalho apresentado no XI Congresso Brasileiro de Alcoolismo e Outras Dependências em Belo Horizonte, 1995.

PETUCO, D. *Coca ou cola? Desigualdade e políticas de atenção em saúde voltadas a usuários de drogas em Porto Alegre*. Porto Alegre: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006b. Mimeografado.

PETUCO, D. *Nem usuário, nem dependente: por uma nova definição*. São Paulo: Rede de Redução de Danos, 2006a. Disponível em: <[http://www.athosgls.com.br/noticias\\_visualiza.php?contcod=18708](http://www.athosgls.com.br/noticias_visualiza.php?contcod=18708)>. Acesso em: 16 jul. 2007.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.

RAMEH-ALBUQUERQUE, R. C.; COSTA, A. M. Casas do Meio do Caminho: uma análise da experiência de Recife. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS, 4., 2007, Salvador. *Livro de resumos*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007. v. 1.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. *Decreto nº 22.000, de 5 de junho de 2006*. Institui o programa "Prefeitura do Recife Livre do Fumo" e regulamenta o uso de produtos fumígenos nas dependências das unidades da Administração Direta e Indireta do Município do Recife. Recife, 2006b. Disponível em: <[http://www.recife.pe.gov.br/2007/07/04/mat\\_144859.php](http://www.recife.pe.gov.br/2007/07/04/mat_144859.php)>. Acesso em: 20 jan. 2008.

\_\_\_\_\_. *Plano Municipal de Saúde – 2006-2009*. Recife saudável: inclusão social e qualidade no SUS. Recife, 2005a. Circulação interna.

\_\_\_\_\_. *Política de redução de danos do município*. Recife, 2004. Circulação interna.

\_\_\_\_\_. *Programa Academia da Cidade*. Recife, 2001. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/pr/secsaude/academia.php>>. Acesso em: 2 mar. 2008.

\_\_\_\_\_. *Programa Terapêutico - Casas do Meio do Caminho*. Recife, 2007b. Circulação interna.

\_\_\_\_\_. *Projeto ambientes livres do fumo: manual de implantação*. Recife, 2005b. Circulação interna.

\_\_\_\_\_. *Relatórios de Gestão 2005 - CAPSad e CMC*. Recife, 2005c. Circulação interna

\_\_\_\_\_. *Relatórios de Gestão 2006 - CAPSad e CMC*. Recife, 2006a. Circulação interna.

\_\_\_\_\_. *Relatórios de Gestão 2007- CAPSad e CMC*. Recife, 2007a. Circulação interna.

REDE PERNAMBUCANA DE REDUÇÃO DE DANOS. *Sobre drogas e comportamentos de risco: Pernambuco em busca de uma política local*. Recife, 2001. Circulação interna.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA, B.; AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

ROCHA, F. C. M.; SOUZA, C. L. Tabagismo. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, M. F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001.

ROTHWELL, M. D.; DONINGER, J. *HalfWay House and Mental Hospital: Some Comparisons*. Washington, DC: [s.n.], 1962.

SANTOS, N. T. V.; RAMEH-ALBUQUERQUE, R. C.; CAMPOS, A. R. A importância do processo de municipalização na consolidação de um modelo integral de atenção à saúde. In: CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA, 11., 2006, Rio de Janeiro; CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8., 2006, Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

SANTOS, V. E. *A redução de danos para o campo das drogas psicoativas: reflexões e articulações entre história e saúde coletiva*. Trabalho final apresentado na Disciplina: As bebidas alcoólicas e as drogas psicoativas na história da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE A ARTICULAÇÃO DAS AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS NO ÂMBITO DO SUS, 2007, Brasília, DF. *Relatório*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

SIQUEIRA, D. et al. *Maldito Cidadão: numa sociedade com drogas*. São Paulo: King Graf, 2006.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco; São Paulo: Hucitec, 2004.

SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. Reflexões preliminares sobre a questão das substâncias psicoativas. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006.

SOUZA LEÃO, L. M. *Saúde do adolescente: atenção integral no plano da utopia*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005.



TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 121-174.

VASCONCELOS, E. M. *Do hospício à comunidade*. Belo Horizonte: Ação Comunitária, 1992.

VASCONCELOS, M. C. M. S.O.S Drogas: realizando a mediação entre indivíduo e rede de saúde. In: SILVA, G. L. (Org.). *Coação ou co-ação: diálogo entre justiça e saúde no contato com usuários de drogas*. Recife: Bagaço, 2005.

VELHO, G. A dimensão cultural e política dos mundos das drogas. In: ZALUAR, A. (Org.). *Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

VIANA, A. L. A. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências sociais e saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 205-226.

VIEIRA DA SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ; VIEIRA DA SILVA, L. M (Org.). *A avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

WAYNE, J. G. *The Especial Contributions of a Hospital Half Way House*. Los Angeles: Edgemont Hospital Cal, 1962.

WING, J. K. O significado da loucura. In: \_\_\_\_\_. *Reflexões sobre a loucura*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

WITIUK, I. L.; SILVA, N. C. R. *Dificuldades para implantação do processo de (des) hospitalização do portador de transtorno mental*. Curitiba: PUCPR, 2008. Disponível em: <[http://www.cpihts.com/2003\\_07\\_06/llda\\_lopes.htm](http://www.cpihts.com/2003_07_06/llda_lopes.htm)>. Acesso em: 10 jan. 2008.

# **A**PÊNDICE



**APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista com: Gestores Municipais, Interlocutores Chave / Especialistas em álcool e drogas, Técnicos de Saúde Mental – álcool e drogas**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM:**

- 1- Gestores Municipais
- 2- Interlocutores Chave / Especialistas em álcool e drogas
- 3- Técnicos de Saúde Mental – álcool e drogas

**ROTEIRO**

1. Programa Mais Vida – o que é, como se desenvolve, objetivos, funcionamento, composição, fluxos, relação micro - Programa Terapêutico, macro – intersectorialidade.
2. Serviços e equipamentos oferecidos, objetivos de cada um deles, fluxos entre eles, coordenação/gerenciamento, profissionais que atuam nos serviços.
3. Casas do Meio do Caminho: o que são, modelo que foram baseadas, o constructo teórico, escolha do nome.
4. Pertinência das Casas do Meio do Caminho na composição da Rede, o que justifica a existência das Casas, objetivos das Casas, critérios de admissão, relação com outras unidades.
5. Ações de atenção e promoção da saúde realizadas na CMC, objetivos, grade terapêutica.
6. CAPSad 24 horas X Casas do Meio do Caminho, diferenças entre os serviços, justificativa para escolha das CMC.
7. Integralidade nos serviços de saúde para usuários de álcool e outras drogas em Recife. CMC se oferece atenção integral.
8. Limites e potencialidades no modelo proposto das Casas do Meio do Caminho, reprodutibilidade do modelo.
9. Convivência de paradigmas: abordagens da Redução de Danos X Ambientes Livres do Fumo, especificidades das CMC.

## **APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Com: Usuários e familiares/acompanhantes das CMC**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA COM:**

1. Usuários e familiares/acompanhantes das CMC

### **ROTEIRO<sup>214</sup>**

- 1- Serviços e equipamentos oferecidos que conhece ou já utilizou para tratamento de álcool e drogas, objetivos de cada um deles, fluxos entre eles, coordenação/gerenciamento, profissionais que atuam nos serviços.
- 2- Casas do Meio do Caminho: o que são, conhecimento sobre a escolha do nome.
- 3- Pertinência das Casas do Meio do Caminho na composição da Rede, o que justifica a existência das Casas, objetivos das Casas, critérios de admissão, relação com outras unidades.
- 4- Ações de atenção e promoção da saúde realizadas na CMC, objetivos, grade terapêutica.
- 5- Integralidade nos serviços de saúde para usuários de álcool e outras drogas em Recife. CMC se oferece atenção integral.
- 6- Limites e potencialidades no modelo proposto das Casas do Meio do Caminho, reprodutibilidade do modelo.
- 7- Convivência de paradigmas: abordagens da Redução de Danos X Ambientes Livres do Fumo, especificidades das CMC.

---

<sup>214</sup> Por tratar-se apenas de um roteiro, coube a adequação da linguagem da pesquisadora ao entrevistar os usuários e familiares.

**APÊNDICE C - Carta de Anuência da Secretaria de Saúde****CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE**

Prezada Secretária de Saúde,

Venho apresentar a realização do estudo científico: **Casas do Meio do Caminho: uma análise da experiência de Recife na atenção à saúde aos usuários de álcool, fumo e outras drogas**, que tem como objetivo analisar a pertinência das Casas do Meio do Caminho como parte do modelo de atenção integral aos usuários de álcool, fumo e outras drogas em implementação na cidade de Recife.

Este estudo faz parte da dissertação de Mestrado em Saúde Pública que vem sendo desenvolvida no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/ FIOCRUZ), sob a orientação do Profº André Monteiro Costa.

Como parte importante deste estudo, tem-se a necessidade de coleta de dados e informações junto à Coordenação do Programa Mais Vida, bem como as unidades de saúde inseridas neste (CAPSad, UD e Casas do Meio do Caminho). Venho então solicitar o acesso e disposição aos dados, tanto em nível central desta SMS/PCR quanto junto aos responsáveis nas unidades em questão.

Agradeço antecipadamente a atenção e disponibilidade em contribuir com este estudo que se propõe a elucidar questões importantes quanto à atenção e cuidado aos usuários de álcool, fumo e outras drogas de Recife.

Rossana Carla Rameh de Albuquerque

Mestranda em Saúde Pública NESc/CPqAM/FIOCRUZ

De acordo:

---

Secretária de Saúde da Cidade do Recife  
Recife, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2007.



**APÊNDICE D - Carta aos gerentes dos Distritos Sanitários e Gestor da Atenção Básica**

**CARTA AOS GERENTES DOS DISTRITOS SANITÁRIOS E GESTOR DA ATENÇÃO BÁSICA**

Prezado(a) Gestor(a),

Venho apresentar a realização do estudo científico: **Casas do Meio do Caminho: uma análise da experiência de Recife na atenção à saúde aos usuários de álcool, fumo e outras drogas**, que tem como objetivo analisar a pertinência das Casas do Meio do Caminho como parte do modelo de atenção integral aos usuários de álcool, fumo e outras drogas em implementação na cidade de Recife.

Este estudo faz parte da dissertação de Mestrado em Saúde Pública que vem sendo desenvolvida no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/ FIOCRUZ), sob a orientação do Profº André Monteiro Costa.

Sua colaboração é muito importante para que este estudo possa ser desenvolvido. Sem ela, não teremos como acessar dados e informações necessárias e fundamentais para o aperfeiçoamento da produção de conhecimento acerca das questões que permeiam à atenção e o cuidado aos usuários de álcool, fumo e outras drogas de Recife.

Sua identidade será preservada, sendo nomeada a função e o cargo. A coleta de dados será feita através de entrevista utilizando-se de gravação para registro.

Agradeço antecipadamente sua atenção e disponibilidade.

Rossana Carla Rameh de Albuquerque

Mestranda em Saúde Pública NESc/CPqAM/FIOCRUZ

**APÊNDICE E - Carta aos Gerentes dos Caps Ad, Ud e Casas do Meio do Caminho****CARTA AOS GERENTES DOS CAPS AD, UD E CASAS DO MEIO DO CAMINHO**

Prezado(a) Gerente e/ou Coordenador(a),

Venho apresentar a realização do estudo científico: **Casas do Meio do Caminho: uma análise da experiência de Recife na atenção à saúde aos usuários de álcool, fumo e outras drogas**, que tem como objetivo analisar a pertinência das Casas do Meio do Caminho como parte do modelo de atenção integral aos usuários de álcool, fumo e outras drogas em implementação na cidade de Recife.

Este estudo faz parte da dissertação de Mestrado em Saúde Pública que vem sendo desenvolvida no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/ FIOCRUZ), sob a orientação do Profº André Monteiro Costa.

Sua colaboração é muito importante para que este estudo possa ser desenvolvido. Sem ela, não teremos como acessar dados e informações necessárias e fundamentais para o aperfeiçoamento da produção de conhecimento acerca das questões que permeiam à atenção e o cuidado aos usuários de álcool, fumo e outras drogas de Recife.

Sua identidade será preservada, sendo nomeada a função e o cargo. A coleta de dados será feita através de entrevista utilizando-se de gravação para registro.

Agradeço antecipadamente sua atenção e disponibilidade.

Rossana Carla Rameh de Albuquerque  
Mestranda em Saúde Pública NESc/CPqAM/FIOCRUZ



**APÊNDICE F - Carta aos profissionais de saúde do CapSad e das Casas do Meio do Caminho**

**CARTA AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CAPSAD E DAS CASAS DO MEIO DO CAMINHO**

Prezado(a) Profissional,

Venho apresentar a realização do estudo científico: **Casas do Meio do Caminho: uma análise da experiência de Recife na atenção à saúde aos usuários de álcool, fumo e outras drogas**, que tem como objetivo analisar a pertinência das Casas do Meio do Caminho como parte do modelo de atenção integral aos usuários de álcool, fumo e outras drogas em implementação na cidade de Recife.

Este estudo faz parte da dissertação de Mestrado em Saúde Pública que vem sendo desenvolvida no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/ FIOCRUZ), sob a orientação do Profº André Monteiro Costa.

Sua colaboração é muito importante para que este estudo possa ser desenvolvido, visto seu papel enquanto profissional atuante na área da pesquisa. Este estudo pretende contribuir para o aperfeiçoamento da produção de conhecimento acerca das questões que permeiam à atenção e o cuidado aos usuários de álcool, fumo e outras drogas de Recife.

Sua identidade será preservada, sendo nomeada a função e o cargo. A coleta de dados será feita através de entrevista utilizando-se de gravação para registro. Agradeço antecipadamente sua atenção e disponibilidade.

Rossana Carla Rameh de Albuquerque  
Mestranda em Saúde Pública NESC/CPqAM/FIOCRUZ





## **APÊNDICE G - Carta aos usuários e familiares da Casa do Meio do Caminho**

### **CARTA AOS USUÁRIOS E FAMILIARES DA CASA DO MEIO DO CAMINHO**

Prezados(as) usuários(as) e familiares,

Venho apresentar a realização do estudo científico: **Casas do Meio do Caminho: uma análise da experiência de Recife na atenção à saúde aos usuários de álcool, fumo e outras drogas**, que tem como objetivo analisar a pertinência das Casas do Meio do Caminho como parte do modelo de atenção integral aos usuários de álcool, fumo e outras drogas em implementação na cidade de Recife.

Este estudo faz parte da dissertação de Mestrado em Saúde Pública que vem sendo desenvolvida no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/ FIOCRUZ), sob a orientação do Prof<sup>o</sup> André Monteiro Costa.

Sua colaboração é muito importante para que este estudo possa ser desenvolvido. Este estudo pretende contribuir para o aperfeiçoamento da produção de conhecimento acerca das questões que permeiam à atenção e o cuidado aos usuários de álcool, fumo e outras drogas de Recife.

Sua identidade será preservada, sendo anotados apenas a idade, sexo e se é usuário do serviço ou familiar/acompanhante. A coleta de dados será feita através de Grupo Focal, que é um tipo de entrevista em grupo. Utilizaremos a gravação como meio de registro.

Agradeço antecipadamente sua atenção e disponibilidade.

Rossana Carla Rameh de Albuquerque

Mestranda em Saúde Pública NESC/CPqAM/FIOCRUZ



## APÊNDICE H – Termo de consentimento livre e esclarecido.

### ❖ TÍTULO DO PROJETO:

Casas do Meio do Caminho: uma análise da experiência de Recife na atenção à saúde aos usuários de álcool, fumo e outras drogas.

### ❖ INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: NESC/ CPqAM / FIOCRUZ

|   |
|---|
| <b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> |
|---|

Eu, \_\_\_\_\_, **Gestor(a) Municipal do Programa Mais Vida**, declaro que estou participando voluntariamente do estudo, cujo título está acima referido, de modo que a assinatura deste termo, em duas vias, sendo uma via para mim e outra para a pesquisadora, formaliza meu aceite. Estou ciente de que este estudo tem por objetivo analisar a pertinência das Casas do Meio do Caminho como parte do modelo de atenção integral aos usuários de álcool, fumo e outras drogas em implementação na cidade de Recife e que para coleta dos dados participarei como entrevistado(a), permitindo que o diálogo seja gravado para posterior transcrição. Sei que os resultados deste estudo ao serem futuramente apresentados em congressos, seminários, publicações científicas ou de outra natureza não farão qualquer menção ao meu nome, mantendo-me no anonimato necessário para garantia deste tipo de estudo. E que os riscos decorrentes da não preservação do anonimato não ocorrerão, visto que será garantido o sigilo, assegurando a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Em qualquer momento poderei desistir de participar do estudo caso seja essa a minha vontade e sem que isso ocorra em qualquer tipo de prejuízo quanto a minha pessoa. Estou ciente de que os benefícios da pesquisa, para com as instituições e atores envolvidos, estão na possibilidade de contribuição da avaliação dos serviços oferecidos e na orientação quanto ao aperfeiçoamento e aprimoramento das políticas de saúde mental, especificamente as de álcool e drogas de Recife. Caso eu necessite de qualquer esclarecimento, poderei procurar a pesquisadora Rossana Carla Rameh de Albuquerque, através do endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, situado à Av. Profº Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 91569145, ou através do e.mail: [rorameh@cpqam.fiocruz.br](mailto:rorameh@cpqam.fiocruz.br).

Pesquisador:

\_\_\_\_\_

Participante:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2007.



## **APÊNDICE I - Termo de consentimento livre e esclarecido.**

### **❖ TÍTULO DO PROJETO:**

Casas do Meio do Caminho: uma análise da experiência de Recife na atenção à saúde aos usuários de álcool, fumo e outras drogas.

### **❖ INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: NESC/ CPqAM / FIOCRUZ**

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, **Gestor(a) Municipal de serviços e/ou equipamentos de álcool e drogas (CAPSad, CMC, UD) da Secretaria de Saúde do Recife**, declaro que estou participando voluntariamente do estudo, cujo título está acima referido, de modo que a assinatura deste termo, em duas vias, sendo uma via para mim e outra para a pesquisadora, formaliza meu aceite. Estou ciente de que este estudo tem por objetivo analisar a pertinência das Casas do Meio do Caminho como parte do modelo de atenção integral aos usuários de álcool, fumo e outras drogas em implementação na cidade de Recife e que para coleta dos dados participarei como entrevistado(a), permitindo que o diálogo seja gravado para posterior transcrição. Sei que os resultados deste estudo ao serem futuramente apresentados em congressos, seminários, publicações científicas ou de outra natureza não farão qualquer menção ao meu nome, mantendo-me no anonimato necessário para garantia deste tipo de estudo. E que os riscos decorrentes da não preservação do anonimato não ocorrerão, visto que será garantido o sigilo, assegurando a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Em qualquer momento poderei desistir de participar do estudo caso seja essa a minha vontade e sem que isso ocorra em qualquer tipo de prejuízo quanto a minha pessoa. Estou ciente de que os benefícios da pesquisa, para com as instituições e atores envolvidos, estão na possibilidade de contribuição da avaliação dos serviços oferecidos e na orientação quanto ao aperfeiçoamento e aprimoramento das políticas de saúde mental, especificamente as de álcool e drogas de Recife. Caso eu necessite de qualquer esclarecimento, poderei procurar a pesquisadora Rossana Carla Rameh de Albuquerque, através do endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, situado à Av. Profº Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 91569145, ou através do e.mail: [rorameh@cpqam.fiocruz.br](mailto:rorameh@cpqam.fiocruz.br).  
Pesquisador:

\_\_\_\_\_  
Participante:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2007.



## APÊNDICE J - Termo de consentimento livre e esclarecido.

### ❖ TÍTULO DO PROJETO:

Casas do Meio do Caminho: uma análise da experiência de Recife na atenção à saúde aos usuários de álcool, fumo e outras drogas.

### ❖ INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: NESC/ CPqAM / FIOCRUZ

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, **Gestor(a) Municipal da Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Recife**, declaro que estou participando voluntariamente do estudo, cujo título está acima referido, de modo que a assinatura deste termo, em duas vias, sendo uma via para mim e outra para a pesquisadora, formaliza meu aceite. Estou ciente de que este estudo tem por objetivo analisar a pertinência das Casas do Meio do Caminho como parte do modelo de atenção integral aos usuários de álcool, fumo e outras drogas em implementação na cidade de Recife e que para coleta dos dados participarei como entrevistado(a), permitindo que o diálogo seja gravado para posterior transcrição. Sei que os resultados deste estudo ao serem futuramente apresentados em congressos, seminários, publicações científicas ou de outra natureza não farão qualquer menção ao meu nome, mantendo-me no anonimato necessário para garantia deste tipo de estudo. E que os riscos decorrentes da não preservação do anonimato não ocorrerão, visto que será garantido o sigilo, assegurando a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Em qualquer momento poderei desistir de participar do estudo caso seja essa a minha vontade e sem que isso ocorra em qualquer tipo de prejuízo quanto a minha pessoa. Estou ciente de que os benefícios da pesquisa, para com as instituições e atores envolvidos, estão na possibilidade de contribuição da avaliação dos serviços oferecidos e na orientação quanto ao aperfeiçoamento e aprimoramento das políticas de saúde mental, especificamente as de álcool e drogas de Recife. Caso eu necessite de qualquer esclarecimento, poderei procurar a pesquisadora Rossana Carla Rameh de Albuquerque, através do endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, situado à Av. Profº Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 91569145, ou através do e.mail: [rorameh@cpqam.fiocruz.br](mailto:rorameh@cpqam.fiocruz.br).

Pesquisador:

Participante:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2007.



**APÊNDICE K - Termo de consentimento livre e esclarecido.**

❖ **TÍTULO DO PROJETO:**

Casas do Meio do Caminho: uma análise da experiência de Recife na atenção à saúde aos usuários de álcool, fumo e outras drogas.

❖ **INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: NESC/ CPqAM / FIOCRUZ**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, **Profissional de serviços e/ou equipamentos de álcool e drogas (CAPSad, CMC, UD) da Secretaria de Saúde do Recife**, declaro que estou participando voluntariamente do estudo, cujo título está acima referido, de modo que a assinatura deste termo, em duas vias, sendo uma via para mim e outra para a pesquisadora, formaliza meu aceite. Estou ciente de que este estudo tem por objetivo analisar a pertinência das Casas do Meio do Caminho como parte do modelo de atenção integral aos usuários de álcool, fumo e outras drogas em implementação na cidade de Recife e que para coleta dos dados participarei como entrevistado(a), permitindo que o diálogo seja gravado para posterior transcrição. Sei que os resultados deste estudo ao serem futuramente apresentados em congressos, seminários, publicações científicas ou de outra natureza não farão qualquer menção ao meu nome, mantendo-me no anonimato necessário para garantia deste tipo de estudo. E que os riscos decorrentes da não preservação do anonimato não ocorrerão, visto que será garantido o sigilo, assegurando a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Em qualquer momento poderei desistir de participar do estudo caso seja essa a minha vontade e sem que isso ocorra em qualquer tipo de prejuízo quanto a minha pessoa. Estou ciente de que os benefícios da pesquisa, para com as instituições e atores envolvidos, estão na possibilidade de contribuição da avaliação dos serviços oferecidos e na orientação quanto ao aperfeiçoamento e aprimoramento das políticas de saúde mental, especificamente as de álcool e drogas de Recife. Caso eu necessite de qualquer esclarecimento, poderei procurar a pesquisadora Rossana Carla Rameh de Albuquerque, através do endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, situado à Av. Profº Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 91569145, ou através do e.mail: [rorameh@cpqam.fiocruz.br](mailto:rorameh@cpqam.fiocruz.br).

Pesquisador:

\_\_\_\_\_

Participante:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2007.

**APÊNDICE L - Termo de consentimento livre e esclarecido.****❖ TÍTULO DO PROJETO:**

Casas do Meio do Caminho: uma análise da experiência de Recife na atenção à saúde aos usuários de álcool, fumo e outras drogas.

**❖ INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: NESC/ CPqAM / FIOCRUZ****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, **Especialista da área de álcool e drogas e/ou interlocutor(a) chave do modelo das CMC**, declaro que estou participando voluntariamente do estudo, cujo título está acima referido, de modo que a assinatura deste termo, em duas vias, sendo uma via para mim e outra para a pesquisadora, formaliza meu aceite. Estou ciente de que este estudo tem por objetivo analisar a pertinência das Casas do Meio do Caminho como parte do modelo de atenção integral aos usuários de álcool, fumo e outras drogas em implementação na cidade de Recife e que para coleta dos dados participarei como entrevistado(a), permitindo que o diálogo seja gravado para posterior transcrição. Sei que os resultados deste estudo ao serem futuramente apresentados em congressos, seminários, publicações científicas ou de outra natureza não farão qualquer menção ao meu nome, mantendo-me no anonimato necessário para garantia deste tipo de estudo. E que os riscos decorrentes da não preservação do anonimato não ocorrerão, visto que será garantido o sigilo, assegurando a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Em qualquer momento poderei desistir de participar do estudo caso seja essa a minha vontade e sem que isso ocorra em qualquer tipo de prejuízo quanto a minha pessoa. Estou ciente de que os benefícios da pesquisa, para com as instituições e atores envolvidos, estão na possibilidade de contribuição da avaliação dos serviços oferecidos e na orientação quanto ao aperfeiçoamento e aprimoramento das políticas de saúde mental, especificamente as de álcool e drogas de Recife. Caso eu necessite de qualquer esclarecimento, poderei procurar a pesquisadora Rossana Carla Rameh de Albuquerque, através do endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, situado à Av. Profº Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 91569145, ou através do e.mail: [rorameh@cpqam.fiocruz.br](mailto:rorameh@cpqam.fiocruz.br).

Pesquisador:

\_\_\_\_\_

Participante:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2007.

**APÊNDICE M - Termo de consentimento livre e esclarecido.****TÍTULO DO PROJETO:**

Casas do Meio do Caminho: uma análise da experiência de Recife na atenção à saúde aos usuários de álcool, fumo e outras drogas.

❖ **INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL:** NES/ CPqAM / FIOCRUZ

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, **Usuário ou ex-usuário de saúde; e/ou familiar ou acompanhante dos serviços e/ou equipamentos de álcool e drogas (CAPSad, CMC, UD) da Secretaria de Saúde do Recife**, declaro que estou participando voluntariamente do estudo, cujo título está acima referido. Para isso vou assinar em duas vias, sendo uma via para mim e outra para a pesquisadora, este termo de consentimento. Estou ciente de que este estudo tem por objetivo analisar a pertinência das Casas do Meio do Caminho como parte do modelo de atenção integral aos usuários de álcool, fumo e outras drogas em implementação na cidade de Recife e que para coleta dos dados participarei como entrevistado(a), permitindo que o diálogo seja gravado para transcrição em outro momento. Sei que os resultados deste estudo ao serem futuramente apresentados em congressos, seminários, publicações científicas ou de outra natureza não farão qualquer menção ao meu nome, mantendo-me no anonimato necessário para garantia deste tipo de estudo. E que os riscos decorrentes da não preservação do anonimato não ocorrerão, visto que será garantido o sigilo, assegurando a minha privacidade e a de todos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Em qualquer momento poderei desistir de participar do estudo caso seja essa a minha vontade e sem que isso ocorra em qualquer tipo de prejuízo quanto a minha pessoa. Estou ciente de que os benefícios da pesquisa, estão na possibilidade de contribuição da avaliação dos serviços oferecidos e na orientação quanto ao aperfeiçoamento e aprimoramento das políticas de saúde mental, especificamente as de álcool e drogas de Recife. Caso eu necessite de qualquer esclarecimento, poderei procurar a pesquisadora Rossana Carla Rameh de Albuquerque, através do endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, situado à Av. Profº Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 91569145, ou através do e.mail: [rorameh@cpqam.fiocruz.br](mailto:rorameh@cpqam.fiocruz.br).

Pesquisador:

Participante:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2007.