

ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NA CLÍNICA DAS DROGAS: papéis e perspectivas na abordagem dos usuários de crack

271

Estudos Universitários

Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque¹
André Monteiro Costa²

Resumo

Este texto analisa o papel profissional desenvolvido pelo Acompanhante Terapêutico – AT, importante ator na clínica da dependência desenvolvida na perspectiva da atenção integral dos usuários de álcool, crack e outras drogas, no município do Recife. Este ator faz parte da equipe das Casas do Meio do Caminho – CMC, equipamento de saúde pertencente à rede de saúde e à linha de cuidado proposta para os usuários de drogas. Como metodologia foi realizada a análise documental dos relatórios de gestão do Programa +Vida, dos anos de 2006 a 2010, e do “Levantamento de Necessidades Temáticas” feito pelos AT, que

¹ Psicóloga, especialista em dinâmica de grupo pelo Centro de Dinâmica de Grupo e Relações Humanas – CDGRH, especialista em gerontologia social pela Universidade de Pernambuco – UPE e mestra em saúde coletiva pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Atualmente é psicóloga do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte – IFRN e membro do GEAD/UPPE (rorameh@yahoo.com.br).

² Engenheiro, sanitarista e doutor em saúde pública pela FIOCRUZ. Atualmente é pesquisador do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ (andremc@cpqam.fiocruz.br).

atuaram no ano de 2009 e 2010, nas quatro CMC existentes no Recife; bem como, o estudo da bibliografia existente para compreensão das concepções que fundamentaram a criação das CMC. A partir dessas análises, destacam-se como conclusões a necessidade imperativa da formação do AT para o melhor desenvolvimento das atividades e do projeto terapêutico ofertado pelas CMC frente aos desafios trazidos pela dependência do crack, assim como o reconhecimento do poder público da pertinência da CMC, como um espaço importante que contribui para a atenção integral aos usuários de drogas.

Palavras-chaves: Acompanhamento terapêutico, álcool, crack e outras drogas, casas do meio do caminho.

Abstract

This paper examines the role of therapeutic care-takers as an important health member within the professional teams of shelter houses, one of the health services available to provide integral care for drug users in the city of Recife. Document analyze was carried out based on the "Drug Program +Life" management reports (years 2006 to 2010) and on the "Study Subject Needs Inquiry" carried out by the therapeutic care-takers (years 2009 and 2010); as well as bibliographic review was performed on the theme. As a result it may be pointed out the imperative need to improve therapeutic care-takers' qualification and skills to better develop therapeutic programs for those in-patients in the shelter houses with crack-cocaine dependence. It is also important that the public local health authority recognizes these health professional as an crucial player to provide integral care for drug users.

Key words: Alcohol, crack-cocaine and other drugs, shelter houses, therapeutic care-takers.

No final da década de 1960, iniciou-se, na Argentina, o trabalho do Acompanhante Terapêutico – AT. Este surgiu da necessidade clínica para pacientes cujas terapêuticas clássicas³ fracassavam. Inicialmente, o AT foi chamado de “amigo qualificado”, mas esse termo perdeu sua concepção inicial e deixou de ser utilizado por conta de seu conteúdo demasiadamente simpático e considerado pouco profissional. “O AT não é um amigo, ainda que possa estabelecer vínculos afetivos intensos com o paciente, mas sim, um agente terapêutico que realiza tarefas e é remunerado para isto” (MAUER & RESNIZKY, 1987).

Tradicionalmente, a função do acompanhamento terapêutico era desenvolvida junto à clínica do transtorno mental, na realização de atividades voltadas para a inserção da pessoa que sofre.

O acompanhante terapêutico exercia funções tais como administrar medicações, ser confidente, ego-auxiliar, e até mesmo, fazer o papel de superego. [...] Esta forma de intervenção, baseada nos pressupostos psicanalíticos, definiu sua área de atuação principalmente com pacientes psicóticos, numa busca por reintegrá-los na sociedade e no vínculo familiar” (LONDERO & PACHECO, 2006: 262).

Este trabalho surgiu concomitantemente ao desenvolvimento das chamadas comunidades terapêuticas, que buscavam uma nova forma de relacionar-se com a loucura. Havia a intenção de criação de espaços alternativos ao que era ofertado aos loucos, de modo que estes pudessem ser reconhecidos em seus discursos e singularidades.

Franco Basaglia, na Itália, a partir de sua crítica aos espaços de exclusão, realizou a experiência de uma comunidade terapêutica por dentro do hospital psiquiátrico, na cidade de Gorizia (AMARANTE, 1995). Também a antipsiquiatria, movimento forte

3 Compreendemos como abordagens clássicas aquelas desenvolvidas especialmente pela psicanálise e pela psicoterapia tradicional.

nascido na Europa, e a "Psiquiatria Comunitária ou Preventiva", que buscava a prevenção da loucura, serviram de inspiração para os países do então chamado "terceiro mundo", com outras experiências com a doença mental, através da proposta do modelo de comunidade terapêutica, como possível espaço de convívio social com a loucura (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

Assim, novas experiências com o cuidado às pessoas que sofriam de transtornos mentais começam a surgir em meados da década de 1960. No Brasil, temos o conhecimento das primeiras comunidades terapêuticas no Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre. Nestas o recurso de acompanhamento terapêutico começou a ser utilizado e fortalecido (idem).

É importante diferenciar que esse espaço terapêutico, que começava a compor a rede de atenção às pessoas que sofriam de transtornos mentais, em nada lembra as atuais comunidades terapêuticas religiosas que cercam as pessoas que usam drogas e oferecem a internação nesses espaços como a única saída ao seu problema. Sobre este aspecto traçaremos um breve comentário ao final do texto.

Não caberá aqui fazermos o levantamento e explicação dos diversos aspectos sócio-culturais e históricos que fomentaram a criação de outras formas de cuidado tanto da loucura quanto dos usuários de drogas no Brasil. Mas não podemos deixar de citar, para que o leitor compreenda a linha do tempo que perpassa toda uma trajetória de lutas, avanços, retrocessos e mais lutas, o que chamamos de Reforma Psiquiátrica Brasileira, Sistema Único de Saúde – SUS e Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. Esse tripé justifica a existência das Casas do Meio do Caminho – CMC e a presença do Acompanhante Terapêutico – AT como focos desse texto.

Sabemos que a discussão sobre as políticas de saúde mental, sejam as destinadas aos portadores de transtornos mentais ou às pessoas que usam drogas, é uma conquista recente, ficando ainda mais evidente que essa nova modalidade de atuação dos

AT, junto a usuários de drogas, num modelo de comunidade terapêutica, pode ser considerada ainda mais recente e inovadora, principalmente quando realizadas no contexto de oferta de cuidados do SUS (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008).

Assim também, no decorrer do desenvolvimento do trabalho do AT, a construção de uma clínica do acompanhamento terapêutico foi-se tornando uma natural e constante necessidade, haja vista o crescimento de outras abordagens terapêuticas e o desenvolvimento de pesquisas neste campo (EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA, 1991). Também junto à abordagem aos usuários de drogas, o acompanhamento terapêutico iniciou e busca a ampliação de seu trabalho na perspectiva de fazer conexões, circulações e ligações dos sujeitos com o mundo que os cerca.

Na capital pernambucana, em meio ao conjunto de serviços de atenção à saúde dos usuários de álcool, crack e outras drogas, existe uma unidade de saúde denominada Casa do Meio do Caminho – CMC, na qual o AT é o principal profissional enquanto função desenvolvida no dia-a-dia do serviço.

Esta casa atua como albergue terapêutico, sendo uma unidade de tratamento inspirada no modelo de comunidade terapêutica não-médica, vinculada a um Centro de Atenção Psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas – CAPsAD. A CMC funciona em regime 24 horas, com equipe multiprofissional vinculada ao CAPsAD de referência, entre estes, o AT, o médico clínico e o médico psiquiatra, um técnico de nível superior – geralmente psicólogo ou assistente social – além da coordenação da casa e do corpo administrativo, de higiene e de limpeza. Este serviço é voltado às pessoas que precisam de atenção integral em espaço protegido das drogas, por um período que varia de acordo com o projeto terapêutico singular – PTS de cada usuário (RECIFE, 2007).

Atualmente, em Recife, existem quatro CMC neste modelo, sendo uma delas especializada na atenção às mulheres. As CMC

representam um espaço complementar de tratamento, no qual o AT procura facilitar o processo de mudança de atitude do usuário frente ao uso de drogas. No entanto, a complexidade e magnitude dos problemas decorrentes do uso de drogas, particularmente do crack, colocam diversas exigências a este profissional, sobretudo a de educação e revisão permanentes de suas práticas profissionais.

Este artigo tem como objetivo relatar a experiência das Casas do Meio do Caminho, a partir da avaliação de sua pertinência na rede de atenção integral aos usuários de drogas do Recife. Um dos aspectos estudados referiu-se ao trabalho e o papel desenvolvido pelo Acompanhante Terapêutico junto ao tratamento ofertado aos usuários de drogas que querem ou necessitam de uma atenção especializada.

O DESENVOLVIMENTO DE UMA CLÍNICA ATIVA E O PAPEL DO AT NO CUIDADO AOS USUÁRIOS DE DROGAS

Considera-se as CMC como uma nova modalidade de atenção à saúde dos usuários de drogas, por termos esse tipo de serviço no âmbito do SUS há apenas sete anos (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008). As comunidades terapêuticas, em sua maioria religiosas, existem há mais de quarenta anos. As clínicas particulares e outros espaços como o Alcoólicos Anônimos – AA, o Narcóticos Anônimos – NA, entre outros, prestam serviços à comunidade usuária de álcool, crack e outras drogas sem nenhuma vinculação oficial com o sistema público de saúde (DE LEON, 2003).

No entanto, também estes modelos enfrentam a nova demanda trazida por uma clínica que se exige diferenciada frente à problemática do crack. Na atualidade, já encontramos editais de apoio financeiro através do Sistema Único da Assistência Social – SUAS, bem como do SUS, a exemplo do edital nº 001/2010 para este fim (BRASIL, 2010a). Além da RDC nº29, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe dos requisitos de segurança sanitária para o funcionamento mínimo das comunidades terapêuticas (BRASIL, 2011a).

Nas CMC que, como nos CAPsAD, baseiam-se em um modelo biopsicossocial, a "espinha dorsal" do funcionamento está justamente na função desempenhada pelo AT:

A rotina da casa conta diariamente com a presença do Acompanhante Terapêutico (AT). O AT é um profissional de nível médio, podendo ser ex-dependente, que funciona na instituição como catalisador de todas as ações da Unidade de Saúde. Ele é ao mesmo tempo representante da norma terapêutica e organizador administrativo. Funciona como ego auxiliar nos momentos de maior tensão e angústia dos hóspedes e da instituição. Além de coordenar alguns grupos, interfere nas situações de intercorrências assegurando o bom funcionamento do regimento interno, administração de medicação, favorecendo o bem estar do hóspede e a adaptação à estrutura da instituição (RECIFE, 2007: 03).

É possível que existam questionamentos e dúvidas quanto à mudança no perfil tradicional de função do AT, que era a de acompanhar a pessoa que sofre em espaços abertos, escolas, atividades de lazer, academias de ginástica e outros espaços do conviver socialmente (MARAZINA, 1991). No entanto, outras experiências no cuidado com as pessoas que sofrem de transtornos decorrentes do uso de drogas vêm sendo expandidas, trazendo novas perspectivas para o trabalho desenvolvido pelos AT, ampliando assim a potencialidade clínica desse profissional.

Num momento de extrema necessidade ou vulnerabilidade psíquica ou social, as pessoas que sofrem pelo uso, abuso ou dependência de drogas, que anseiem por estar em um local onde possam afirmar seu desejo de abstinência ou refletir sobre a redução de seu consumo, terão no AT um suporte e um apoio para que, numa convivência com os pares, possam usufruir de um cuidado mais intenso. É justamente nessa clínica que se expande o poder de atuação profissional do AT.

No livro intitulado "A Clínica Peripatética", escrito por Antônio Lancetti, o acompanhamento terapêutico é apresentado como "uma clínica que é obrigada a operar onde os protocolos conhecidos já fracassaram" (LANCETTI, 2008: 04). Tal afirmação nos remete a compreendermos a clínica do Acompanhamento Terapêutico existente nas CMC: esta deve ser uma abordagem eminentemente voltada para a inclusão psicossocial das pessoas que usam drogas e adoeceram, necessitando assim de um tratamento específico.

Logo, percebemos as semelhanças com a já conhecida clínica do acompanhamento, lado a lado, ao que o profissional AT tradicional estava acostumado a desenvolver. A novidade está, principalmente, no lócus, pois, se antes o AT desenvolvia seu trabalho no espaço aberto, ou em instituições tradicionalmente ligadas as questões dos transtornos mentais (ATOS, 2009), é nesse acompanhar diário, dentro de um equipamento para usuários de álcool, crack e outras drogas, que está a expansão de sua função e de seu trabalho como profissional do cuidado.

Nas Casas do Meio do Caminho, o AT está presente diuturnamente, no cotidiano dos usuários ali albergados. Está acompanhando o processo saúde-doença de pessoas que necessitaram buscar um espaço específico para o seu tratamento e, por este mesmo motivo, precisam de uma atenção que ampare o sofrimento ali vivido (RAMEH-ALBUQUERQUE & COSTA, 2007).

Começamos, então, a perceber uma clínica ativa produzida por estes profissionais que atuam nas Casas do Meio do Caminho, pois, nestes serviços, o acompanhante terapêutico se destaca enquanto profissional que se habilita na prática, trazendo condições de desenvolver atividades junto aos usuários de drogas que ali se encontram para tratamento.

No acompanhamento dessa experiência, ou seja, do desenvolvimento do tratamento ofertado pelas CMC, pode-se inferir sobre a pertinência das mesmas na busca da integralidade da atenção (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008). Além disso, sua contribui-

ção para a dimensão cuidadora, como nos indica Emerson Merhy (2011), coloca-nos que o cuidado é pertinente e necessário a todos que utilizam o SUS. Deste modo, os usuários de drogas também estão incluídos neste todos!

Através da observação dos relatórios de gestão que tratam do perfil do albergamento realizados pelas CMC, vê-se que a maior incidência para albergamento era motivada pelo álcool, em seguida pela maconha e depois pelo crack (RECIFE, 2006). Atualmente, o perfil de albergamento dos usuários modificou-se, ficando como primeiro motivo o crack, depois o álcool e em terceiro a maconha (RECIFE, 2010). Assim, foi preciso a retomada de algumas das reflexões sobre o perfil e critérios que definiam a entrada do usuário na busca do tratamento junto às CMC. O novo contexto de consumo das substâncias psicoativas, em especial o crack, impõe um melhor entendimento de sua dinâmica clínica, psíquica e social, para que possa ser acolhido e cuidado pelo serviço ofertado.

Neste processo, ficou evidente a insuficiente compreensão da necessária e urgente integração da rede de atenção aos usuários de drogas, que se configura cada vez mais complexa, incluindo a questão ainda pouco esclarecida para os profissionais de saúde, que é a clínica do crack.

Em trabalho recente, foi analisado o processo de formação em serviço a partir das necessidades dos profissionais - AT -, visando identificar os aspectos de maior contribuição para o desenvolvimento satisfatório de sua práxis profissional. Essa questão foi evidenciada a partir de um "Levantamento de Necessidades Temáticas", em reuniões com as equipes de cada uma das quatro CMC do Recife, nas quais os AT elencaram os temas prioritários. Foram eles: o SUS; a origem e referencial teórico do modelo das CMC; a integralidade na atenção aos usuários de álcool, crack e outras drogas; a clínica da dependência; a psicofarmacologia para o tratamento da dependência química; como lidar com o usuário em espaço de tratamento no modelo de albergamento.

Na ocasião, pôde-se perceber que o processo de formação em serviço é fundamental para fazer avançar e qualificar a dinâmica de funcionamento de um serviço como é a CMC, bem como uma melhor apropriação de conteúdos diversos, referentes à práxis profissional no contexto da clínica da dependência e no contexto do SUS (idem).

Para se intervir na realidade concreta dos usuários, a formação em serviço é um recurso estratégico para o aprimoramento e o desenvolvimento do projeto terapêutico singular, bem como da linha de cuidado desses usuários numa modalidade nova de atendimento.

AS CASAS DO MEIO DO CAMINHO COMO LÓCUS DE FORMAÇÃO E PRÁXIS PROFISSIONAL

- “ No meio do caminho tinha uma pedra...
... de crack!
- No meio do caminho tinha uma casa...
... de proteção!”

Esta frase adveio de uma fala de um usuário que estava albergado para tratamento de dependência com o álcool em uma das Casas do Meio do Caminho – CMC existentes no 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, e fez uma livre adaptação do poema “No Meio do Caminho”, de Carlos Drummond de Andrade. Este registro foi feito em dissertação de mestrado (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008). Decidimos registrar novamente esta frase, por percebermos o quanto este serviço pode significar, de maneira positiva, para uma pessoa que busca tratamento.

Refletindo cada vez mais sobre este espaço e sobre o papel do AT, em setembro de 2009, foi realizado, no Recife, o 1 Encontro Pernambucano sobre Acompanhamento Terapêutico, promovido pelo Grupo de Acompanhamento Terapêutico (ATOS), tendo uma das mesas redondas focada na questão da “Formação em Acompanhamento Terapêutico”.

Para tal, foi necessária a revisão das principais potencialidades e dos maiores desafios enfrentados pelo modelo das Casas do Meio do Caminho, especialmente da formação dos AT, a fim de analisar o processo de formação em serviço, a partir das necessidades dos profissionais, visando identificar os aspectos que contribuem ou não para sua práxis profissional.

Para ajudar nessa identificação, alguns profissionais foram questionados sobre o que significava para eles ser AT num serviço como as Casas do Meio do Caminho. Eis o que nos foi dito:

Ao reconhecer o usuário como alguém que está acometido por um problema de saúde e que, portanto, precisa de tratamento, o nosso olhar muda e podemos realmente atendê-lo nas suas necessidades e possibilidades [...] Ser AT num serviço público é aprender a conviver com dificuldades, porque muitas vezes faltam recursos que acabam afetando diretamente no tratamento. Contudo, ao mesmo tempo, é trabalhar com muita disponibilidade das pessoas envolvidas, porque só fica quem realmente se envolve com o trabalho e se dedica, transformando o que poderia ser uma tarefa árdua numa tarefa prazerosa" (DEPOIMENTO).

Outro relato veio em estado de pura poesia, tornando difícil escolher que verso destacar. Assim, à medida que o poema "Memórias de uma mente com heranças... Relato de uma ex-AT de uma Casa do Meio do Caminho", de Mariana Gomes, vai sendo apresentado, vamos pontuando outras questões que contextualizam o processo do acompanhante terapêutico das CMC do Recife, a partir do que o poema instiga a refletirmos.

Lançar um olhar nessa práxis chega a ser sinceramente mágico...
O sistema que me envolvi, tudo ali, privado e público a co-existir...
Uma hora o bônus de uma autonomia em ousada maestria...
Outrora, quanto ônus medindo misericórdia-sabedoria...
Foram tantos passos saltitantes nessa minha história militante...

Na implantação do Programa + Vida, que é a política de redução de danos em álcool e outras drogas da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, em 2004, incorporou-se o profissional denominado Agente de Redução de Danos – ARD (RECIFE, 2004). Os primeiros ARD foram contratados por vínculo externo mediado institucionalmente por uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP e passaram a funcionar como agentes terceirizados. No entanto, para facilitar o processo de trabalho e contratação destes profissionais, o Acompanhante Terapêutico – AT também foi denominado ARD. Ambos subordinados ao comando direto do SUS, na perspectiva da Redução de Danos, mas com funções e atividades diferenciadas. Os primeiros – ARD – atuam junto aos usuários de drogas, visitando comunidades, dialogando e intervindo através de ações que passam pela prevenção do uso de drogas e pela promoção de saúde e cidadania diretamente no território. Os segundos – AT/ARD – atuam diretamente nas CMC, aqui já descritas.

Na linha do tempo abaixo, podemos ver uma ilustração que retrata historicamente como foi se dando a “institucionalização” da categoria Redutor de Danos junto ao SUS no Recife. Conseqüentemente, percebe-se, também, o reconhecimento da necessidade e importância do AT como ator estratégico na linha de cuidado ofertada aos usuários de drogas do Recife, na perspectiva da consolidação da política de redução de danos no município.



Fonte: MEDEIROS & RAMEH-DE ALBUQUERQUE, 2009a.

Um salto na saúde, um programa por Mais Vida alude...
A lidar diretamente com o humano, inclinada no cotidiano...
O espaço convidava ser macro, existia um experienciar de fato...
Em cada rosto, passo a passo, urgiam nuances em forma de laço...
O vínculo era ético, além do estético, uma arte em mistérios...

Se o tema desta escrita, é a formação do AT na perspectiva de expansão de sua atuação profissional, podemos inferir o quanto os novos espaços de inserção profissional do AT, ainda carecem de ações continuadas no sentido de sua formação técnica em serviço. Ou seja, se o AT se habilita na prática, a prática clínica com os usuários de álcool, crack e outras drogas necessitará de um arcabouço teórico que busque incorporar aspectos que vão além da "clínica tradicional da dependência química". Haja vista que o AT, inserido neste serviço, encontra-se imperativamente comprometido com um usuário que não é apenas um usuário de drogas que busca um tratamento para seu problema, mas sim uma pessoa que está buscando ajuda num serviço do SUS, com todo o contexto que isso possa significar (CAMPOS, RAMEH-DE-ALBUQUERQUE & ALMEIDA, 2006).

Pois os elos eram construídos, em falas, gestos de convívio...
Realçava a categoria, Atenciosamente presente no labor ia...
Em nome de uma prática que dizia "sim" ao inusitado refletir...
Simbolizava um espelho social, uma luta antimanicomial...
Agora, lá era morada, uma Casa pelo bem-estar SUStentava...

No Programa +Vida, os serviços e cuidados em saúde visam à promoção, proteção específica, tratamento e reabilitação de usuários de álcool, crack e outras drogas e, para tal, organiza-se em rede, com base territorial, desenhando um modelo onde estão prioritariamente os pontos de atenção na rede básica de saúde e no território. Estes são a porta de entrada preferencial do SUS, entre outros, o Programa Saúde da Família - PSF e os redutores de danos, abrindo campos de atuação no território. Estes dispositivos estão articulados com as Policlínicas, Unidade de Desintoxicação, os CAPsAD e as Casas do Meio do Cami-

nho (SANTOS, RAMEH-DE-ALBUQUERQUE & ARAÚJO JÚNIOR, 2009). Tal proposta corrobora com a Reforma Psiquiátrica e com as diretrizes e princípios do SUS.

É possível inferirmos que nessa perspectiva também deve estar a ampliação dos Agentes Redutores de Danos em projetos como o Consultório de Rua – um dispositivo clínico-comunitário –, que efetivamente estará atuando prioritariamente junto aos usuários de crack e a população em situação de rua (CETAD, 2011), o que pode desembocar em um maior número de usuários, desse tipo de droga, em busca de atendimento em toda a rede SUS e especificamente nas CMC. Na realidade, este é um fenômeno já observado a partir da mudança do perfil de albergamento, como já relatado anteriormente.

Ah, muitas confluências estavam, de perto, dialogicamente agindo...

Uma verdadeira co-ação mediava cada sintonizada intervenção...

Grupo-individualmente, o sujeito era chamado participativamente...

Subjetividades dando mãos, interdisciplinaridade urgindo comunhão...

O estar junto naquela missão ressignificava o plural do cuidar em questão...

Esta parte do poema nos remete muito ao modelo já descrito de comunidade terapêutica, mas também à composição da equipe das CMC, bem como suas atribuições profissionais dentro da casa.

Além da equipe do CAPSAD de referência, a equipe mínima que atua no cotidiano da CMC, pode ser formada por: 01 Gerente da Unidade (lotado no CAPSAD de referência); 01 Coordenador Clínico; 01 Técnico de Nível Superior (psicólogo ou assistente social em regime de diária); 07 ARD (em regime de plantão na função de AT); 01 Educador Físico (em regime de diária, advindo do Programa Academia da Cidade); 01 Auxiliar Administrativo

(em regime de diária); 01 Auxiliar de Higiene (em regime de diária); 06 Guardas Municipais (em regime de plantão de 6h / 6h).

Ainda caberá a todos desta equipe a articulação com os demais serviços e o acompanhamento dos usuários em seu Projeto Terapêutico Singular, na busca da almejada intersectorialidade. Também caberá a d vida quanto à necessidade de ampliação dessa equipe, visto a atual demanda imposta pelo crack de um acompanhamento ainda mais imbricado com as demandas sociais trazidas por este fen meno que   dependência desta substância.

Como atribuições do AT, Campos (2009) destaca:

- 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 usuários;
- Realizar grupos e oficinas terapêuticas;
- Planejar e coordenar grupos que se façam necessários;
- Intermediar situações que envolvam o usuário e sua família;
- Registrar em "livro ata" a rotina das atividades cotidianas e tudo o quê for relevante no que se refere às relações interpessoais entre os hóspedes e relações com a equipe;
- Atuar como Acompanhante Terapêutico de Referência dos usuários;
- Evoluir semanalmente nos prontuários e realizar atendimentos em situações relevantes, tais como visitas, retorno de final de semana, queixa clínica ou psiquiátrica, etc;
- Pode, ainda, aplicar alta administrativa e dar advertências, a partir das relações estabelecidas no cotidiano da casa;

- Acionar serviços de urgência / emergência em casos de agravos clínicos do hóspede (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.

Além destas atribuições, sabemos que a carga horária do AT, em regime de plantão diurno e noturno, permite que este tenha conhecimento da dinâmica da vida do usuário, de forma que possa ajudá-lo a buscar estratégias para melhorar sua vida após o período do albergamento (RECIFE, 2007). Aspecto este de extrema relevância no acompanhamento e prevenção de recaídas (MARLATT, 1993), em especial na questão do crack.

Como cuidadora que ativamente fui, hoje, esse Nós me possui...
A escuta profissional tomou uma dimensão dia-noite sem igual...
Digamos que o público habitado entrelaçou o privado-guiado...
Um guia sem instruções incita a acessar o que ficou a tatuar...
A mágica antes sinalizada vem do potencial à criatividade avançada...

A prática preconizada pela Redução de Danos tem, entre outras diretrizes, a atuação nas unidades de saúde e nos território, de modo multidisciplinar e intersetorial, a fim de dar conta das diferentes dimensões do processo saúde-doença (determinantes, riscos e danos), da democratização do conhecimento deste processo, da compreensão da produção social da saúde e da organização dos serviços. Nas CMC, o AT trabalhará imbuído do acolhimento, do vínculo e da co-responsabilidade com os usuários, sua família e a comunidade (SANTOS, RAMEH-DE-ALBUQUERQUE & ARAÚJO JÚNIOR, 2009).

Esta é uma posição privilegiada do AT, que precisa ser criativo para o desenvolvimento de ações que devem acontecer no tratamento ofertado pelas CMC, ajudando a intervir na construção de redes de suporte social visando à autonomia dos usuários, principalmente no atual contexto do uso do crack, visto que este

tem trazido dúvidas inquietantes na prática clínica dos profissionais, principalmente pela quase inexistência de protocolos clínicos para este tipo de droga (RIBEIRO & LARANJEIRAS, 2010).

Numa dinâmica que a muitos espanta a mente...
Acompanhar permite um olhar po-eticamente...
Não é só poesia, há percalços nessa travessia...
No meio, seres políticos estão fazendo o caminho...
É inevitável sentir a terapêutica desse ninho...

O programa terapêutico tem como base a abordagem grupal, privilegiando o espaço coletivo e a troca de experiências. O tempo de albergamento é de 30 a 45 dias (RECIFE, 2007). No entanto, esta parte do modelo ofertado vem sendo questionada constantemente diante do desafio com o tratamento do crack, devido à necessidade de um tempo maior de albergamento em espaço protegido das drogas no lidar com essa substância.

A atual política do Ministério da Saúde, através do Plano Integrado de Atenção ao Crack – PIEC, assumiu a necessidade da construção de espaços como as CMC. Foram inicialmente denominadas Casas de Acolhimento Transitório – CAT, incluindo nestas a possibilidade de casas específicas para os usuários de crack (BRASIL, 2010b). Apesar do edital nº 003/2010, que destina recursos financeiros para as CAT, ter sido pensado para modalidades distintas – CAT tipo 1 (até 10 leitos), CAT tipo 2 (até 20 leitos) e CAT tipo infante-juvenil (até 12 leitos) –, com o objetivo de serem “dispositivos que permitam abrigo temporário, acolhimento e proteção social”, o Ministério da Saúde já discute denominar o serviço com outro nome, a saber Unidade Residencial Terapêutica Temporária – URTT, o que pode confundir os usuários e gestores, pois as URTT teriam um viés mais direto em relação a serem um “serviço de internação para tratamento não hospitalar do usuário de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2011b).

Também a discussão segue nacionalmente em relação a se estes espaços devam ser específicos para “crackeiros”, pois ainda não temos a real dimensão dessa necessidade e, no momento, não

defendemos esta idéia, visto que os alcoolistas continuam sendo a maior demanda de atenção e cuidados entre os usuários de drogas que buscam o SUS. Assim, no referencial teórico da CMC, que é permeado pela idéia de que o homem é sujeito de sua própria história e de que o foco central da terapêutica é a relação que o sujeito estabelece com a droga, será imperativo aos AT um maior conhecimento de como essa dimensão do sujeito-droga vem sendo dada pelo crack.

Imbricada num saber-fazer pelo vividamente...
O vivo da mente estava a questionar o óbvio...
Naquele contexto, linearidade não tinha foco...
Vai além do convencional, supervisão é essencial...
Situacional em xeque, o dinâmico se aquece...

A linearidade nunca foi de fato o foco na atenção dada aos usuários de drogas, ainda mais agora com o contexto trazido pelo crack que, segundo diversos autores, vêm tornando a realidade de seu uso cada vez mais grave, dificultando a adesão dos usuários aos modelos ofertados (RIBEIRO & LARANJEIRAS, 2010). Outro importante aspecto que restringe ademais a atuação do AT nas CMC é a proximidade associada ao uso de crack com a violência, em especial os homicídios.

Essa questão, por vezes, petrifica o AT que se sente incapaz de lidar com essa dura realidade. Assim, a supervisão clínica-institucional urge como um suporte essencial ao trabalho desenvolvido nas CMC. Ao supervisor clínico-institucional caberá a reflexão-ação de uma clínica ativa que certamente traz consequências positivas para a própria Rede de Saúde e contribui para o aumento e aprimoramento no acolhimento destes usuários. O aprofundamento reflexivo sobre as questões clínicas e institucionais, a melhoria da escuta e do atendimento às pessoas em crise, o fortalecimento e a qualificação das redes de saúde, em especial as CMC, o reconhecimento dos determinantes sociais e das vulnerabilidades que atingem esta população, tornarão o AT um profissional mais engajado no contexto geral do SUS.

Calor numa desordem estrutural, surpresa eclode no real...
Eloqüentemente vibrante, a alteridade é contagiante...
Em descobertas errantes, arriscar-se segue incessante...
São lances, foram chances: casamento de relance...
A aliança era invisível, bem vindo imprevisível...

"Arriscar-se" será ampliar as já descritas atribuições do AT das CMC do Recife, a fim de que ele possa também fortalecer sua clínica junto aos usuários de crack. Para tal, será necessário ainda que o AT:

- Esteja junto/acompanhado o usuário nas atividades internas e externas à CMC;
- Oriente os usuários, familiares e a comunidade quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis para o tratamento do álcool, crack e outras drogas;
- Realize registro das atividades desenvolvidas em atendimento interno e externo nas CMC, utilizando-se de instrumental específico como um Diário de Campo;
- Desenvolva ações que busquem a integração entre a equipe da CMC e do Centro de Atenção Psicossocial - CAPSAD, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento dos sujeitos, a discussão dos casos;
- Desenvolva atividades de promoção da saúde, de prevenção e de redução de danos do uso de álcool, crack e outras drogas, por meio de grupos terapêuticos, grupos operativos, oficinas e ações educativas-informativas, individuais e coletivas, que também considerem a especificidade das drogas consumidas;
- Averigue as dificuldades de adesão trazidas pelos usuários de crack ao modelo ofertado e proponha atividades ainda não pensadas para esse público específico.

Digo e repito o ali e o agora que revivo...
Revigoro ao singelo ao visitar o que é b-elo...
Na colheita dessas heranças, sensação de mudanças...
O novo faz parte desse palco pra quem é artista sem salto...
Vai, vamos, esse vôo é bem alto: esperança é um contrato!

Assim, a construção de um Projeto Terapêutico Singular, que vise o fortalecimento da autonomia e da promoção da cidadania dos usuários, levará o AT a buscar sua práxis teórica-prática na incorporação dos princípios do SUS, da Redução de Danos, da Clínica Ampliada, da Humanização, do Acolhimento, da Reforma Psiquiátrica e dos Direitos Humanos, para que embasado possa melhor desenvolver sua atuação clínica (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das reflexões aqui trazidas, cabe fortalecer a prontidão do AT em atuar como uma categoria profissional que também é uma inovação no setor público de saúde, visto que, enquanto função, não tínhamos conhecimento desse tipo de profissional junto aos usuários de álcool, crack e outras drogas. Como visto, geralmente, o conhecido profissional AT era aquele que desenvolvia 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. Essa atuação vai exigir desse profissional sua atualização, principalmente, frente às mudanças de perfil epidemiológico dos usuários de drogas.

O emergente aumento de usuários de crack na busca de tratamento junto às Casas do Meio do Caminho faz com que este profissional tenha uma maior perspectiva de atuação clínica, como também de inserção técnica junto à rede de atenção aos usuários de drogas.

Sua formação se dá em ato! Mas também na busca incessante de sua profissionalização e reconhecimento enquanto ator fundamental para a consolidação das políticas de saúde mental e do SUS.

Como comentário final ao texto, trazemos a reflexão acerca das internações compulsórias e involuntárias que têm sido priorizadas enquanto ação pública de saúde em algumas cidades brasileiras, não compreendendo-as como a única ou melhor solução para a questão das drogas, pois sabemos que a reestruturação da assistência à saúde mental, especialmente no campo das drogas no Brasil, não pode ser dissociada da história e da política que atravessam e constituem o tecido social brasileiro ao longo dos anos.

Por esta mesma razão, devemos compreender que a reorientação do modelo de assistência, bem como a substituição das práticas manicomiais e hospitalocêntricas pelas práticas territoriais/comunitárias, a exemplo das Casas do Meio do Caminho do Recife (ou das Casas de Acolhimento Transitórios nacionais), ou ainda das experiências dos Consultórios de Rua, das equipes da atenção básica através do apoio dos Núcleos de Saúde da Família – NASF, compõem o complexo campo da atenção psicossocial e constróem uma rede que, se multiprofissional e multifacetada, poderá dar respostas mais humanizadas e em consonância com os princípios éticos do SUS e dos direitos humanos.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Panorama, ENSP, 1995.

ATOS – GRUPO DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO. O que é o AT? [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.atosgrupoat.com>. Arquivo capturado em 12 de agosto de 2009.

BRASIL. Edital Nº 001/2010/GSIPR/SENAD/MS. Comitê Gestor do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Edital Nº 003/2010/GSIPR/SENAD/MS. Comitê Gestor do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Rede de cuidados em saúde mental, álcool, crack e outras drogas. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Circulação interna.

CAMPOS, A. R., RAMEH-ALBUQUERQUE, R. C. & ALMEIDA, R. A. Importância da interface entre o PSF e CAPSad na atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas. In: Anais do Congresso Mundial de Saúde Pública, 11.; Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 8. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

CAMPOS, A.R. O Acompanhante Terapêutico no tratamento de usuários de álcool e outras drogas. In: Anais do 1º Encontro Pernambucano sobre Acompanhamento Terapêutico. Recife, 2009.

CENTRO DE ESTUDOS E TERAPIA DO ABUSO DE DROGAS – CETAD. Consultório de Rua: origem e trajetória. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.arcodigital.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/ConsultoriodeRua>. Arquivo capturado em 15 de abril de 2011.

DE LEON, G. A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método. São Paulo: LOYOLA, 2003.

EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA. (Org.). A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico. São Paulo: Escuta, 1991.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Textos de apoio em Saúde Mental. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

LANCETTI, A. Clínica Peripatética. São Paulo: HUCITEC, 2008.

LONDERO, I. & PACHECO, J. Por que encaminhar ao acompanhante terapêutico? Uma discussão Considerando a perspectiva de psicólogos e psiquiatras. In: *Psicologia Em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 2, p. 259-267, 2006.

MARAZINA, I. Comentários. In: *EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA*. (Orgs.). A rua como espaço clínico, acompanhamento terapêutico. São Paulo: Escuta, 1991.

MARLATT, G. A. Prevenção de Recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

MAUER, S. K. & RESNIZKY, S. Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos: manual introdutório a uma estratégia clínica. Campinas: Papirus, 1987.

MEDEIROS, P.F.P. & RAMEH-ALBUQUERQUE, R. C. A institucionalização do agente redutor de danos no SUS. In: *Anais do Congresso da ABRASCO*. Recife, 2009a.

MERHY, E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-10.pdf>. Arquivo capturado em 20 de março de 2011.

RAMEH-ALBUQUERQUE, R. C. & COSTA, A. M. Casas do Meio do Caminho: uma análise da experiência de Recife. In: *Anais do Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas*, 4. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007.

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. [Dissertação de Mestrado]. Recife: CPqAM / FIOCRUZ, 2008.

RECIFE. Política de redução de danos do município. Recife: Secretaria Municipal de Saúde, 2004. Circulação interna.

_____. Relatórios de Avaliação de Gestão das Casas do Meio do Caminho de Recife. Recife: Secretaria Municipal de Saúde, 2006. Circulação interna.

_____. Programa Terapêutico - Casas do Meio do Caminho. Recife: Secretaria Municipal de Saúde, 2007. Circulação Interna.

_____. Relatórios de Avaliação de Gestão das Casas do Meio do Caminho de Recife. Recife: Secretaria Municipal de Saúde, 2010. Circulação Interna.

RIBEIRO, M. & LARANJEIRA, R. (Org.). O tratamento do usuário de Crack: avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica, farmacoterapia e reabilitação. Ambientes de trabalho. São Paulo: Editora Casa Leitura Médica, 2010.

SANTOS, N.T.V., RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, R. C. & ARAÚJO JÚNIOR, J. L. A. Um retrato sobre a Política de Redução de Danos na atenção básica de Recife. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, 2009.



