

ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

DA COERÇÃO À COESÃO



Módulo
Recursos e Estratégias do Cuidado

GOVERNO FEDERAL

Presidência da República

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretoria do Departamento de Gestão a Educação na Saúde

Secretaria Executiva da Universidade Aberto do SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sérgio Fernando Torres de Freitas

Vice-Diretor Isabela de Carlos Back Giuliano

Chefe do Departamento de Saúde Pública Alcides Milton da Silva

Coordenadora do Curso Fátima Büchele

GRUPO GESTOR

Antonio Fernando Boing

Elza Berger Salema Coelho

Kenya Schmidt Reibnitz

Sheila Rubia Lindner

Rosângela Goulart

EQUIPE TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Alexandre Medeiros de Figueiredo

Ana Carolina da Conceição

Daniel Márcio Pinheiro de Lima

Felipe Farias da Silva

Graziella Barbosa Barreiros

Jaqueline Tavares de Assis

Mauro Pioli Rehbein

Mônica Diniz Durães

Patrícia Santana Santos

Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros

Roberto Tykanori Kinoshita

EQUIPE TÉCNICA DA UFSC

Douglas Kovaleski
Fatima Büchele
Marta Verdi
Rodrigo Otávio Moretti Pires
Walter Ferreira de Oliveira

ORGANIZAÇÃO DO MÓDULO

Fátima Büchele
Magda Diniz Bezerra Dimenstein

AUTORIA

Roberto Tykanori Kinoshita (unidade 1)
Lucia Rosa (unidade 2)
Domiciano Siqueira (unidade 3)

REVISORA INTERNA

Juliana Martins Fermino

REVISORAS FINAIS

Graziella Barbosa Barreiros
Jaqueline Tavares de Assis
Marcia Aparecida Ferreira de Oliveira

COORDENAÇÃO DE TUTORIA

Fernanda Martinhago

GESTÃO DE MÍDIAS

Marcelo Capillé

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe Marialice de Moraes
Coordenação de Produção de Material Andreia Mara Fiala
Design Instrucional Master Jimena de Mello Heredia
Design Instrucional Claudete Maria Cossa
Design Gráfico Fabrício Sawczen
Design de Capa Rafaella Volkmann Paschoal
Projeto Editorial Fabrício Sawczen

REVISÃO

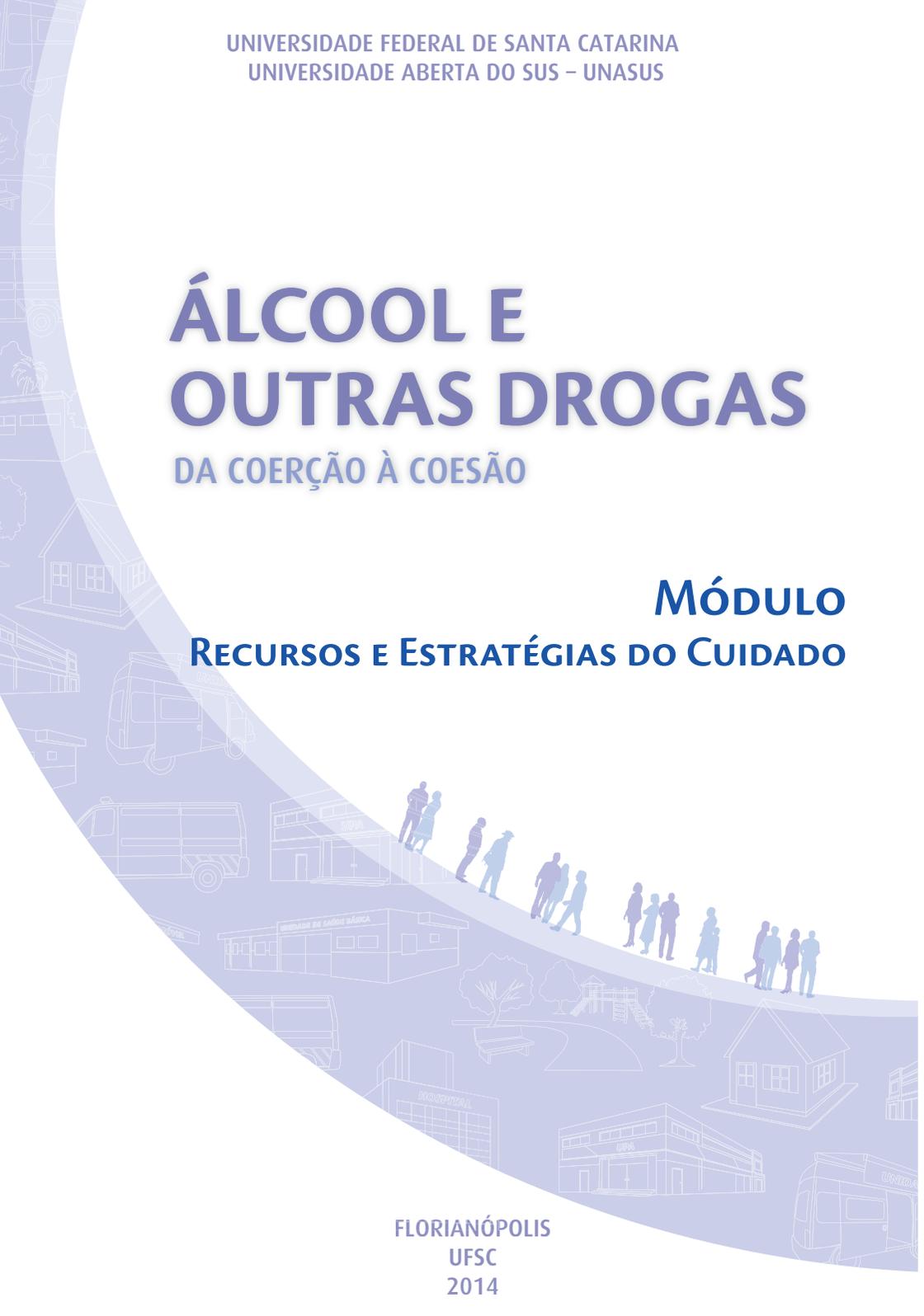
Revisão Ortográfica Flávia Goulart
Revisão ABNT Jéssica Natália de Souza dos Santos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

DA COERÇÃO À COESÃO

MÓDULO RECURSOS E ESTRATÉGIAS DO CUIDADO



FLORIANÓPOLIS
UFSC
2014

Catálogo elaborado na fonte

U311r Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão.

Recursos e estratégias do cuidado [Recurso eletrônico]/Universidade Federal de Santa Catarina; Fátima Büchele; Magda Diniz Bezerra Dimenstein [orgs.]. - Florianópolis : Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014.
98 p. : il., graf.

Modo de acesso: <https://unarus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/>

Conteúdo do módulo: Projeto terapêutico singular. - Relação família e usuários de álcool e outras drogas na rede de atenção psicossocial (RAPS). - Redução de danos no SUS.

Inclui bibliografia
ISBN:

1. Saúde mental. 2. Política de saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Educação a distância. I. UFSC. II. Büchele, Fátima. III. Dimenstein, Magda Diniz Bezerra. IV. Kinoshita, Roberto Tykanori. V. Rosa, Lucia. VI. Siqueira, DOMiciano. VII. Título.

ABERTURA DO MÓDULO

Caro estudante,

Neste módulo trabalharemos alguns recursos e estratégias do cuidado que fazem parte da clínica de reabilitação psicossocial ofertada para pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, na RAPS. Entre os quais: o Projeto Terapêutico Singular (PTS); o trabalho com famílias; e a Redução de Danos.

Na discussão sobre PTS figuram especialmente o papel e a atuação do Profissional de Referência Terapêutica no desenvolvimento do projeto terapêutico, no ordenamento do cuidado para cada usuário e as ferramentas de gestão e co-gestão dos casos, numa perspectiva de rede.

Da mesma forma, abordamos a imprescindível importância do protagonismo dos usuários na pactuação do PTS. Abordamos também o desenvolvimento incansável da capacidade de negociação, plasticidade e construção de sentido para os sujeitos envolvidos no processo de cuidar (usuários, familiares e trabalhadores).

Na segunda unidade, o trabalho junto às famílias será o tema desenvolvido, desde o ponto de vista do cuidado do seu sofrimento mental e da mediação dos conflitos na complexa teia de relações familiares, até o fortalecimento político das famílias, especialmente para a questão da defesa de direitos dos usuários de drogas.

Na terceira e última unidade, o tema abordado será a Redução de Danos (RD), abordando essa tecnologia não somente por suas estratégias específicas de manejo de casos, mas, principalmente, pela lógica de cuidar que a RD traz. A lógica da flexibilidade, da negociação, do acionar a rede de proteção, do cuidar pela gravidade e pelo risco, da criatividade, da aposta no outro, da busca pelo encontro nas diversas espacialidades do cuidado e da busca de possibilidades para promover uma vida melhor para os usuários.

Bom trabalho!

Fátima Büchele e Magda Dimenstein

OBJETIVO DO MÓDULO

Apresentar os paradigmas na abordagem psicossocial em álcool e outras drogas. Demonstrar a importância do Projeto Terapêutico Singular para a construção da linha de cuidado do usuário de drogas. Apresentar estratégias de diferentes Pontos de Atenção para o acompanhamento da família e do usuário, definindo o conceito e as estratégias da redução de danos na linha de cuidado dos usuários de drogas.

CARGA HORÁRIA

30 horas.

SUMÁRIO

UNIDADE 1 – PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR ..11

1.1 O que é um Projeto Terapêutico Singular – PTS?.....	11
1.2 Antes de iniciar um PTS – preparando o terreno.....	14
1.3 Como se produz um PTS?	18
1.3.1 O primeiro contato - Contratualidade.....	19
1.3.2 Conhecendo estórias e construindo um mapa.....	23
1.3.3 O serviço, o contexto, os recursos	28
1.3.4 Entre o geral e o específico	32
1.4 Resumo da unidade	36
1.5 Leituras complementares	37

UNIDADE 2 – RELAÇÃO FAMÍLIA E USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) 39

2.1 Introdução	39
2.2 O papel da família na estratégia da atenção psicossocial.....	40
2.3 A complexidade das relações familiares nas situações de sofrimento decorrentes do uso de álcool e outras drogas – conflito e rompimento dos vínculos (comunitários e familiares).....	46
2.4 Sobrecarga e suporte psicossocial à família nas situações de sofrimento decorrentes do uso de álcool e outras drogas	55
2.5 Intervenções no cuidado aos familiares dos usuários de drogas....	59
2.6 A família como agente político de mudanças	61
2.7 Resumo da unidade	64
2.8 Leituras Complementares.....	65

UNIDADE 3 – REDUÇÃO DE DANOS NO SUS 67

3.1 Introdução	67
3.2 Breve Histórico da Redução de Danos	70
3.3 Drogas, Cuidados e Vontades	72
3.4 Antigos e Novos Paradigmas	77
3.5 Novas Estratégias e Abordagens	79
3.6 Momento atual da Atenção ao Usuário de Drogas	82
3.7 Desafios e Perspectivas	83
3.8 Resumo da unidade.....	86
3.9 Leituras Complementares.....	87

REFERÊNCIAS 88

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES..... 92

MINICURRÍCULO 95



01

Projeto Terapêutico Singular



UNIDADE 1 – PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Ao final desta unidade, você será capaz de:

- compreender o que é um Projeto Terapêutico Singular, bem como os elementos fundamentais para a sua elaboração.

Nesta unidade, vamos trabalhar o tema do Projeto Terapêutico Singular (PTS) na perspectiva da reabilitação psicossocial empreendida no âmbito dos serviços de base comunitária.

Partimos do conceito de PTS para discutirmos questões pertinentes ao nosso esquema conceitual, ou seja, concepções e valores que determinam nosso pensar e agir quando atuamos em Saúde Mental. Discutiremos também o método para modificarmos essas crenças e algumas referências necessárias para empreendermos transformações em nossa prática.

Finalmente, trabalhamos em como se produzir um PTS, desde o primeiro contato com o usuário, quando iniciamos o trabalho de validação dos sujeitos e estabelecimento da relação contratual, assim como abordando questões importantes para conhecermos a história das pessoas em cuidado, organizarmos nossa ação e disponibilizarmos recursos da rede para melhor cuidar.

1.1 O QUE É UM PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR – PTS?

O Projeto Terapêutico Singular é uma forma de organizar os processos de trabalho nos serviços de saúde. Parte-se da ideia de que precisamos compreender que a experiência do adoecer não é somente um processo biológico ou orgânico, mas é fundamentalmente uma vivência

complexa de mal estar, desconforto, dor ou sofrimento. Ela é composta pelas sensações e emoções que percebemos por meio do nosso corpo e pelos vários sentimentos, pelas ideias e pelos conhecimentos produzidos pela ciência ou divulgados pela mídia, pelos juízos e opiniões que as pessoas fazem da gente, pelas ideias e valores que nós temos de nós mesmos. Nas nossas vidas, passamos por várias situações complicadas e, na maioria das vezes, agimos de modo a superar ou adaptar-se para seguir adiante. Há vezes em que vamos procurar ajuda de outras pessoas quando não compreendemos o que acontece conosco ou quando não conseguimos sozinhos modificar algo que gera mal estar ou estranhamento. E o serviço de saúde pode ser acionado nessas situações.

Diante dessa complexidade de questões, os serviços de saúde precisam trabalhar de forma que os diversos profissionais trabalhem de modo coordenado, multiplicando as forças sinergicamente, complementando as suas especificidades profissionais e se corresponsabilizando por um objetivo comum.

Não trabalhamos mais com um cardápio de soluções padronizadas, em que os mesmos procedimentos e ações são indicados para as pessoas sob o mesmo diagnóstico. Pelo contrário, porque o adoecimento está relacionado a uma série de fatores combinados de um certo modo na vida de cada pessoa, exigindo uma resposta igualmente complexa e diversificada de cuidado.

Nesse sentido, construir um Projeto Terapêutico Singular é uma das habilidades mais importantes requeridas de um profissional ou de uma equipe que vai trabalhar no campo da Saúde Mental, seja com pessoas com transtorno mental ou problemas decorrentes do uso de álcool ou outras drogas. Então, precisamos compreender bem do que estamos tratando aqui.

A palavra projeto vem de duas raízes do Latim: *pro* = para frente, adiante e *iacere* = jogar, atirar. Então, projeto significa “atirar para

frente”. Usamos essa palavra sempre que pensamos em uma ação futura, um plano a ser realizado, um sonho que almejamos.

A palavra terapêutico deriva de terapia que vem do grego *therapeia*= curar, sarar, que derivou de *therapon* = cuidador, aquele que acompanha, que está presente. Terapêutica é a ação de estar presente no cuidar de alguém.

Projeto Terapêutico significa, então, um plano de ação voltado ao futuro de alguém, que cuida do sofrimento que precisa ser curado ou minimizado, que acompanha e está presente na busca da realização dos sonhos de uma pessoa. Significa que as ações de hoje devem ser orientadas a pavimentar o caminho para uma vida melhor.

Dizemos Singular porque cada pessoa, família ou comunidade é o produto das interações que teve durante a sua história e contexto de vida. Como cada uma dessas histórias é única, também para constituir um projeto futuro precisamos de um plano pensado de modo muito especial, na medida justa para a pessoa ou coletivo (família/comunidade). E aqui para que seja na medida justa, o principal parâmetro de justeza é a participação da própria pessoa/família/comunidade na elaboração do PTS.

Então, o PTS seria um plano de ação com propostas para lidar com os problemas de hoje, mas pensando num futuro melhor, adequado a cada pessoa e feito junto com a pessoa.

1.2 ANTES DE INICIAR UM PTS – PREPARANDO O TERRENO

Antes de começar a discutir o PTS propriamente dito, vamos precisar adequar o nosso esquema conceitual, isto é, aquele conjunto de ideias e informações que servem de referência para as nossas ações.

Toda pessoa tem o seu esquema conceitual e, numa mesma sociedade, pessoas têm esquemas conceituais parecidos. As instituições são promotoras de esquemas conceituais que organizam a vida no seu campo de atuação. O Brasil vive um processo de transição de modelo assistencial na Saúde Mental que, deixando o modelo centrado nos hospitais psiquiátricos, vai se constituindo num sistema de cuidados territorial e comunitário. Por isso, é fundamental que ocorra uma substituição dos esquemas conceituais que organizam as práticas nesse campo. Dizemos ser fundamental essa adequação, pois não se altera nosso modo de compreender o outro, se não se alterar o que sentimos em relação a ele. Se não mudamos o que sentimos, não mudamos nossa prática.

O antigo esquema conceitual operativo dos manicômios foi constituído sob o marco de vários conceitos estruturantes, (alguns mitos, outros preconceitos) que precisam ser enfrentados, transformados e superados:

- a) **periculosidade (para si e para outros):** o mito de que o louco é perigoso e potencialmente violento está atrelado a dois outros conceitos que sustentam a estrutura e lógica dos hospitais psiquiátricos – a necessidade do isolamento e a irracionalidade nas atitudes e pensamentos. É fundamental considerarmos que atos de agressão e violência estão intrinsecamente relacionados ao contexto da situação e das experiências de vida, e não apenas do adoecimento vivido, de modo que ninguém é violento *a priori*. A maior parte dos atos de violência nas sociedades são cometidos por pessoas consideradas “normais”. Certamente, esses valores

relacionados aos loucos se transferiram igualmente aos usuários de drogas que se encontravam internados em hospitais psiquiátricos;

- b) **cura e custódia:** a ideia de que o louco precisa estar sob a tutela ou vigilância de alguém se baseia na afirmativa de que está destituído da Razão. Trata-se de um preconceito, considerando que não é porque uma pessoa está louca que perde a capacidade de raciocinar, compreender a relação entre uma coisa e outra, estabelecer nexos ou tirar conclusões. Dessa forma, mantê-lo sob vigilância, em ambiente controlado e com disciplina institucionalmente definida, seria condição para a finalidade da cura e o “retorno à razão”. É uma contradição histórica que, em nome da cura, fez do tratamento unicamente a tutela, a invalidação e a segregação como a melhor forma de custódia;
- c) **norma e normalidade:** partir do argumento de que a Natureza tem suas “leis” nos leva ao entendimento de que funcionar de modo a contrariá-las seria “anormal”. As anormalidades são consideradas antinaturais, porque escapam à norma (naturalmente determinada). Isso produz a ideia de anormalidade como uma “violação” das leis naturais. Esse modo de pensar e sentir leva a um movimento de “judicialização” da natureza, resultando na ideia de anormalidade como uma infração da lei, passível de punição. Desse modo, o paciente acaba sendo encarado como um infrator e merecedor de um castigo. A vontade de tratar e a vontade de castigar se confundem, e tratamento e castigo tornam-se equivalentes;
- d) **natureza e cultura / biológico e social:** essas dicotomias exacerbam a importância das coisas e desvalorizam e desresponsabilizam as pessoas dos efeitos das suas ações nas relações sociais. Supõe-se que a Natureza antecede e é superior à cultura. Mas hoje sabemos que o ambiente cultural pode interferir na própria expressão dos genes;
- e) **corpo e mente:** a separação histórica entre corpo e mente como dimensões absolutamente distintas gera impasses na compreensão dos fenômenos humanos;

- f) **o conhecimento de uns legitimando e determinando poder sobre outros:** gera a ideia de que quem tem maior conhecimento tem algum acesso privilegiado ao mundo e, por isso, tem direito a ter mais poder que os outros. Aqueles que têm maior conhecimento teriam maior poder sobre os outros. Nessa perspectiva, se todo conhecimento do louco é desqualificado, então ele não pode ter nenhum poder;
- g) **Imutabilidade e eternidade das essências:** essa noção de que as coisas não podem ser modificadas porque são eternas leva à submissão, apatia e manutenção das coisas como estão.

Esse conjunto de ideias era entendido como as verdades que orientavam as ações dos profissionais nos manicômios e ainda restam como herança cultural, mesmo no contexto da Reforma Psiquiátrica. Funcionam como crenças normativas, crenças que regulam a conduta das pessoas.

Como vamos modificar esses modos de pensar e essas crenças tão arraigadas nas pessoas (usuários, familiares e mesmo os profissionais) ?

O principal método para a modificação de crenças se dá por meio das ações e vivências práticas que podem colocá-las em cheque. Desse modo, possibilitam um novo olhar, uma nova percepção e, principalmente, um novo modo de se emocionar, diferente do que se está acostumado – lembremo-nos que temos hábitos emocionais: tendemos a reagir de modo similar diante de certas situações, mas isso pode ser modificado.

Esse tipo de prática transformadora requer algumas referências:

- a) **risco da relação/do relacional:** é preciso arriscar a relacionar-se com os usuários sem destituí-los do lugar de sujeitos e sem abdicar

do lugar de sujeito (profissional). Isso implica numa constante revisão das relações de poder e opressão que são recorrentes na relação profissional-usuário, em ambos os sentidos (o usuário por vezes também oprime). O essencial é que sempre se busque a construção de consensos e que se legitime o que o outro traz. Há vezes em que não conseguimos consenso e apelamos à força (física, moral, afetiva). Mesmo nessas situações, o importante é retomar os processos de consensualização o mais breve possível. Isso significa dizer que nos mantemos (usuários e profissionais) responsáveis pelos atos efetuados na relação durante todo o seu processo;

- b) **tutela dos direitos e cuidar das pessoas:** é muito importante tentar manter a distinção entre a função de salvaguardar os direitos do usuário e a de cuidar. Muitas vezes, o usuário vive situações de abuso e até violência, e por isso precisa de uma voz de maior poder contratual (de maior legitimidade social) que fale, que vocalize por ele (*ad vocare*). Mas não podemos confundir essa voz com a ação de cuidar – isto é, no espaço da relação de cuidado, o usuário é quem fala por ele mesmo! Muitas vezes as ações se confundem e, por vezes cassamos a voz, o direito à expressão dos usuários “em nome dos seus direitos”;
- c) **saúde como normatividade:** o corpo saudável tem a capacidade de gerar novas normas para o viver. O corpo cria padrões adequados para se manter vivo, da maneira mais funcional, diante das condições em que se encontra. O organismo saudável tem a capacidade de se transformar continuamente para se manter dentro desses parâmetros. Analogamente, a pessoa saudável é aquela que ativamente estabelece novas normas e regras para se relacionar com seu entorno e, eventualmente, modificá-las, desenvolvendo estratégias para viver mais e melhor. Essas normas pessoais precisam ser consensuadas com as outras pessoas do seu meio, para se tornarem normas comuns a todos que convivem no mesmo espaço;



d) **modos de apresentação das vivências:**

uma das ilusões que vivemos é que somos capazes de repetir as ações. Nunca há repetição na dinâmica dos seres vivos. O que aparenta ser uma repetição, na verdade é uma sequência de movimentos iguais, mas que sempre se inicia desde um novo ponto de partida (RE-apresentação). É como a **roda de uma bicicleta**, que embora gire sempre num mesmo movimento típico/cíclico, inicia, a cada volta, a partir de um ponto diferente (por isso andamos para frente).

Isso é importante porque em muitas situações pode parecer que não ocorrem mudanças com os usuários e suas vidas, que não há evolução. Na saúde mental, é fundamental conceber que os processos de transformação ocorrem em grandes ciclos temporais (muitos meses ou anos) e que a adequação temporal das expectativas (o alcance das projeções) e a persistência nas ações é decisiva para evitar a **cronificação**¹. Assim, é preciso um olhar atento para as mudanças que ocorrem de modo muito lento e sutil, para poder valorizá-las e potenciá-las para a produção de novos espaços vivenciais, “novos mundos”, através da sequência de eventos recorrentes que vão decantando e sedimentando as novas vivências, novas emoções.

1 Crônicos são aqueles pacientes que nós desistimos de buscar novas interações, deixamos de criar novas normas e passamos a crer que a situação é imutável.

Então já podemos iniciar um PTS.

1.3 COMO SE PRODUZ UM PTS?

Para a elaboração de um PTS o modo como se estabelece a relação do profissional com a pessoa/família é de extrema importância. O modo como se inicia o vínculo pode determinar se servirá como alicerce, como base de uma relação de compromisso/comprometimento entre usuário e equipe.

1.3.1 O primeiro contato - Contratualidade

Iniciemos abordando sobre a contratualidade. Esse conceito em saúde mental se destaca como um dos elementos estruturantes das práticas pautadas na perspectiva da “desinstitucionalização”, proposição originária do movimento italiano que influenciou significativamente o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira por meio das críticas ao modelo manicomial e visando à sua superação.

De acordo com Saraceno (1999, p. 112), inicialmente, é preciso considerar que o “jogo” da vida social é marcado por relações desiguais de poder, em que há sujeitos mais “fracos” e outros mais “fortes”. O poder contratual está na possibilidade dos indivíduos serem aceitos e reconhecidos como legítimos parceiros no jogo social. As pessoas dependem de uma aceitação *a priori* para serem incluídas no processo de troca de bens, mensagens e afetos. Aos loucos e drogados, ao contrário, ocorre uma desqualificação *a priori*, sendo considerados como incapazes de participar legitimamente desse processo de intercâmbios. Nesse sentido, a ampliação do poder contratual dos loucos e usuários de drogas é condição para que seja possível um lugar efetivo como cidadão entre os cidadãos. Este aumento de poder contatual só pode ocorrer se os profissionais forem os avalistas da relação, isto é, “emprestam” poder contratual àqueles considerados ilegítimos, incapazes ou inconfiáveis, de modo a possibilitar a entrada no circuito das trocas.

Quando alguém chega a um serviço de saúde mental, essa pessoa chega de duas maneiras: ou veio espontaneamente ou veio sob algum tipo de constrangimento por parte de familiar, amigo ou instituição.

No caso de a pessoa chegar espontaneamente no serviço, é importante assumir e reconhecer que ela já chega numa certa posição de desvantagem, de **menor poder de contrato**, já que ela sente que necessita dos serviços e ela acredita que a unidade de saúde mental detém algum tipo de auxílio, ferramenta ou recurso do qual a pessoa espera obter uma melhora da sua situação. A pessoa já vem propensa

a acatar ou aceitar as interferências que serão feitas pela equipe local, em detrimento da sua autodeterminação. É preciso lembrar que, até uma pessoa decidir procurar ajuda em saúde mental, ela já passou por vários estados emocionais até chegar ao presente. Ela já experimentou negar seus problemas, já ficou com dúvidas, medo, raiva, insegurança até o ponto em que admite que não esteja conseguindo dar conta destes problemas. Nessa fase, está propensa a aceitar sugestão externa que venha a servir de nova abordagem, e, para tanto, dispõe-se a expor aflições, angústias e outras formas de sofrimento, falando do que é íntimo. Coagida pelo seu sofrimento ou necessidade, nessa situação a pessoa se encontra com seu poder contratual reduzido.

Nessas horas, podemos ficar com a **tentação** de aproveitar essa oportunidade, dada pela vulnerabilidade da pessoa, para fazer da pessoa um “paciente” e submetê-la a um conjunto de determinações e comandos que **nós** julgamos importantes e úteis para ela. É importante lembrar que, se o usuário se sentir intimidado irá reagir, irá “se defender” com a forma e linguagem que conhecer. Muitas vezes, os profissionais não conhecem esses códigos e “se perdem” na relação, recorrendo a estratégias extremas e, não raro, inadequadas para sentirem que “retomaram o controle” da situação.

Mas é preciso resistir a essa tentação! Exatamente porque a pessoa encontra-se fragilizada, devemos ter maior tato e cuidado para preservá-la. Na situação de reduzido poder contratual determinado pelas carências e necessidades que ela está vivendo, precisamos estar atentos para tentar oferecer situações de contratualidade de exigências reduzidas. Assim criaremos possibilidades para que esses contratos (combinados) possam ser efetivamente cumpridos pela pessoa. Ou seja, são situações em que se reforça a auto-percepção de que ela é capaz de cumprir acordos e alcançar metas, de modo a ir aumentando a sua confiança e seu poder contratual. É preciso evitar destituí-la do pouco poder contratual que lhe resta.

Nesse sentido, evitamos o que é chamado de má-fé institucional: ao não reconhecer o reduzido poder contratual da pessoa, a instituição demanda uma série de exigências (materiais, emocionais, culturais) como pré-condição para receber serviços. Como a pessoa não consegue cumprir com tais exigências, acaba sendo identificada como uma pessoa que não quer tratamento “de verdade”, que não faz por merecer o auxílio ofertado.



Reflexão

Espera-se que a pessoa se comporte, no presente, como ela deveria estar no futuro, depois que recebeu os serviços pela intervenção institucional. Ora, se estivesse em condições de cumprir tais exigências, talvez nem demandasse serviços, não é mesmo?

Quando a pessoa chega sob constrangimento, o que é muito frequente em serviços que atendem pessoas com necessidades/demandas relacionadas ao consumo de drogas, a situação é mais complicada, pois estamos frente a uma situação em que a pessoa **já foi desqualificada** e destituída de seu poder contratual. Tendencialmente a pessoa vai identificar o profissional que o atender com aqueles que o forçaram a comparecer ao serviço. Ou seja, partimos de um lugar de desconfiança e de rejeição por parte da pessoa/usuário. Nessa situação, o esforço inicial está centrado em buscar recuperar e afirmar a legitimidade da pessoa. Reconhecer que a vinda forçada não é o melhor modo de agir, mas também que, uma vez ali, uma das maneiras de evitar que este tipo de situação venha a se repetir é conversar de modo claro e respeitoso, para esclarecer o que teria ocorrido antes de chegar ao serviço. É preciso desconstruir a ideia de que o profissional está a serviço daqueles que o constrangeram e buscar mostrar que, como profissional, a sua função é prestar serviços aos usuários do serviço, respeitando e fazendo respeitar as leis e os direitos dos cidadãos.

Deslocando a questão para a esfera dos direitos, introduz-se o tema da contratualidade/responsabilidade nas relações entre as pessoas e da necessária reciprocidade. Inicia-se um processo de contratualização, e aqui a mesma questão das exigências mínimas se coloca.

Iniciar com baixas exigências pode ser o segredo para uma grande adesão ao processo terapêutico!

O estabelecimento de relações contratuais supõe e repõe os sujeitos nos polos da relação.

Como diretriz terapêutica, assumimos o dito de Hipócrates: **antes de tudo não fazer o mal**. E em saúde mental, destruir, invalidar, desqualificar ou despotencializar o lugar de sujeito é o mal maior.

O manejo das situações iniciais para que se estabeleça uma relação contratual de reciprocidade requer paciência, tato e a capacidade de “estar com” o usuário. É preciso o “envolver-se”, numa atitude de empatia que transmite ao usuário o sentimento de que ele é escutado a sério, de que as suas palavras são válidas e valorizadas pelo profissional à sua frente, que se coloca a postos para compreender os problemas do usuário e para buscar os meios para ajudá-lo.

Validar as palavras do usuário não quer dizer que concordamos com tudo o que é dito, mas indicamos que **aquilo que o usuário diz é legítimo**, que o seu ponto de vista será sempre levado em conta na sequência do planejamento das ações.

É importante, nessas situações, evitar a relação do tipo “Jogo da Verdade” ou “A Razão está com...”. Esse tipo de relação invariavelmente leva a uma disputa de forças, em que a única regra e o objetivo é tentar impor o seu ponto de vista sobre o outro. Esse tipo de dinâmica de

imposição pode gerar uma sequência crescente de atitudes cada vez mais impositivas ou agressivas e progredir para a agressão física de fato (seja tanto por parte do profissional quanto da pessoa que busca ajuda). Nesses momentos, por exemplo, é comum chamar os profissionais da segurança para manejarem as situações de saúde que, como vimos, são inclusive fruto da conduta inadequada da situação.

Tentar manter-se numa atitude construcionista/contratualista, na qual o importante é a disposição para a construção de acordos consensuais para o bem viver, e daí a validação das palavras das pessoas é fundamento da reciprocidade. Esse é um momento muito importante para construir com o usuário o sentido para que ele permaneça na relação de cuidado.

1.3.2 Conhecendo histórias e construindo um mapa

Quando conversamos com uma pessoa e tentamos conhecer suas histórias, vamos nos deparando com o fato de que, embora cada pedaço da história, cada capítulo tenha sua coerência, muitas situações de contradição ou de incoerência **entre** os capítulos vão emergindo.

De fato, as pessoas vivem em muitos ambientes distintos e em diferentes circunstâncias. De acordo com cada configuração ambiental e cada momento, as pessoas podem se comportar das maneiras mais variadas e diferentes, mas buscam sempre ser o mais coerente possível. Isso pode resultar em comportamentos contraditórios ao longo do tempo. As pessoas procuram ativamente ser coerentes, embora não sejam coerentes o tempo todo.

Então, é preciso ter paciência para montar uma interpretação a partir das histórias contadas, pois frequentemente muitas circunstâncias são esquecidas ou omitidas. Assim, muitas versões de uma história podem surgir, sem que necessariamente ocorra falsificação das informações. Ao longo de diversas conversas é que podemos reconstituir o sentido mais amplo e de maior coerência das histórias.

O trabalho em equipe possibilita que essas múltiplas versões sejam conhecidas e compartilhadas para uma compreensão maior da vida do usuário, aspecto essencial para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular.

Nesse processo, o estabelecimento de um **Profissional de Referência Terapêutica** contribui enormemente para a ordenação do cuidado. O profissional de referência é o ponto para onde toda a informação deve convergir e de onde deve emergir, buscando constituir uma visão mais ampla da pessoa em cuidado e do que lhe é ofertado. Ele tem a tarefa de articular o cuidado, se constituir como ponto de referência para o usuário e para equipe.

Para além disso, há outro aspecto importante, que diz respeito à qualidade dessas conversas. Isso porque é por meio do estabelecimento de relações de confiança que se torna possível acessar e conhecer partes das histórias da vida de alguém. Afinal, a quem confiamos segredos ou intimidades? A constituição de relações de confiança é processual e decorre de outro processo que implica em disponibilidade, afeto e continuidade: o vínculo.

2 Do conjunto de dados obtidos a equipe deve buscar realizar uma avaliação da situação:

Quais as condições físicas da pessoa?

Qual a apropriação no campo da linguagem? É alfabetizado?

Quais as condições de vida?

Quais as condições culturais?

Quais as condições laborais?

Qual o histórico amoroso?

Uma equipe multiprofissional, ao compor vários pontos de vista sobre o usuário e com a colaboração dos familiares, amigos e vizinhos, por exemplo, pode construir uma **narrativa**² rica em detalhes. Assim, uma variedade de pequenas estórias e relatos permite compor um **mapa multidimensional da vida**. Por meio desse mapa visualizamos um conjunto de eventos, coisas e pessoas que são significativas para o usuário e podemos (re)conhecê-lo como um ser único, que tem dores, alegrias e

um modo próprio de viver, sentir e estar no mundo. Poderemos compreender como as diversas dimensões e eventos da vida do usuário se relacionam e perceber como e porque o usuário sofre, onde se encontram contradições e “pontos cegos” para a própria pessoa.

A **equipe**, ao construir o **mapa multidimensional da vida** da pessoa, deverá estar atenta e sensível às condições materiais e econômicas, atenta às vulnerabilidades e riscos do usuário e familiares, assim como aos aspectos culturais e instrumentais. Precisamos conhecer qual o **“capital” econômico, social e cultural** da pessoa. Isto é, em que **contexto** e com **qual potencial, quais recursos e quais limitações e obstáculos** vamos trabalhar. Pode-se recorrer a uma **visita domiciliar** como recurso que permite observar a dinâmica familiar em seu cotidiano, bem como conhecer as condições de vida do usuário no local onde reside, possibilitando ampliação da percepção do profissional sobre as questões emergentes.

O conjunto de dados coletados pela equipe pode ser organizado na forma de um mapeamento dos diversos espaços que o paciente vive e já viveu anteriormente. É útil construir uma linha do tempo onde são dispostos de modo sequencial os eventos significativos na vida da pessoa.

Esse mapeamento deve representar as diversas esferas da vida da pessoa (imagem corporal, família, infância e adolescência, velhice, escolarização, trajetória profissional, relacionamentos afetivos, lazer, planos futuros etc.), apontando como essas esferas se interferem mutuamente, as relações de valor hierárquico entre elas etc. As pessoas buscam atendimento, de certa forma, porque já não conseguem manter a dinâmica que dá a sensação de unidade, identidade e coerência entre todas essas esferas. É comum que o usuário relate ao profissional: “eu era assim...”, “eu fazia isso...”, “não sei porque não consigo...”. Como que dizendo “eu me perdi...”.

Esse tipo de conhecimento pode nos orientar por quais caminhos podemos apoiar o sujeito a retomar seus próprios caminhos, seus métodos de preservação de unidade, identidade e coerência.

Figura 1 - Mapeamento das múltiplas dimensões da pessoa



Fonte: do autor.

Com esse mapeamento vamos identificar **carências**, isto é, coisas que a pessoa sente e falta. Também vamos reconhecer as suas **necessidades**, aquelas coisas que “sem a qual não é possível” fazer ou alcançar alguma outra coisa, de acordo com as projeções de desejo ou expectativas futuras.

Nem sempre as necessidades são percebidas pela pessoa, podendo estar num “ponto cego” do campo visual, mas podem ser percebidas com ajuda de outras pessoas que problematizem tais aspectos. E ainda vamos distinguir as **demandas**, ou seja, as coisas que a pessoa requisita. Carências, necessidades e demandas não são as mesmas coisas e precisam ser identificadas e analisadas para distinguirmos o objetivo e finalidade das nossas ações. Uma requisição pode ser movida por uma necessidade ou por uma carência ou ainda, por outra requisição, que a antecede. Nem todas as carências, necessidades ou demandas têm de ser respondidas pelo Projeto Terapêutico e, em algumas vezes, responder a uma carência e/ou necessidade pode ter consequência adversa ao esperado. Um usuário pode, por exemplo, manifestar o desejo de voltar a trabalhar, mas a equipe pode avaliar ser preciso buscar formas

de mediar essa demanda, como parte das ações terapêuticas previstas em seu PTS. Apesar de não corresponder a esse desejo imediatamente, a equipe não o desconsidera, mas procura trazer elementos para contribuir para a construção das condições que favoreçam o retorno ao trabalho processualmente.

A construção do PTS para uma pessoa implica um conjunto de ações articuladas de acordo com uma projeção num eixo temporal composto por **3 dimensões básicas – corporal, psicossocial e instrumental** (que podem ser subdivididas em mais) e distribuídas em **3 etapas de ação: reparar, potencialiar e emancipar**.

A avaliação da dimensão **corporal** passa pelo estado físico geral, doenças presentes, capacidade funcional e laboral, mas também a imagem corporal, a relação que a pessoa tem com essa imagem, aspectos de padrões estéticos e culturais, de posturas e maneiras de estar que vão influenciar nas possibilidades das relações sociais.

A avaliação **psicossocial** passa pelos vários modos de expressão dos pensamentos e sentimentos vividos pela pessoa em relação aos seus diversos contextos. Mudanças de comportamento podem ocorrer dependendo do ambiente (que inclui as diferentes pessoas) ou das emoções que fluem no momento. Algumas vezes, identificamos condutas ou vivências bizarras; em outras, expressões extremas, mas compreensíveis. É muito importante identificar qual estado emocional dominante que bloqueia e retém a pessoa num determinado estado afetivo, que sentimentos são expressos.

As ações iniciais seriam de **Reparação**, em que as carências, necessidades e demandas do caso são situadas.

As ações de **Potenciação**, na qual as **potencialidades da pessoa e de seu contexto social**, assim como suas riquezas, suas qualidades serão identificadas para serem estimuladas e ampliadas.

E as ações de **Emancipação** se voltam para criar as condições para uma vida autônoma e inserida socialmente.

Não se pode esquecer que a **finalidade** do PTS não se limita a responder carências, demandas e necessidades. Ela visa a um objetivo maior: obter um aumento do capital social, cultural e econômico do usuário para poder viver melhor, exercendo os direitos de cidadania.

Para que haja efetividade das ações, é preciso que as pessoas possam atuar na análise da própria situação em seus diferentes contextos e participar no estabelecimento de objetivos para o PTS.

Essas ações não precisam ser realizadas em etapas sequenciais. Elas podem iniciar de modo que se sobreponham, mas é fundamental adequar o ritmo e o tempo às finalidades. Ou seja, as ações têm expectativas de transformação em tempos diferentes.

Quadro 1 – Dimensões básicas e etapas de ação na construção do PTS.

AVALIAÇÃO/ AÇÃO	REPARAÇÃO	POTENCIAÇÃO	EMANCIPAÇÃO
Corpo			
Psicossocial			
Instrumental			

Fonte: do autor

1.3.3 O serviço, o contexto, os recursos

O desafio colocado para os serviços de saúde mental é fundamentalmente participar da vida social, do contexto dos acontecimentos de

sua comunidade, o que exige que as relações sejam marcadas pela noção de pertencimento.

Estimular o protagonismo de usuários e familiares, disponibilizar o serviço para o uso pela comunidade, aproveitar os encontros para a realização de assembleias, em que todos possam se manifestar e se comprometer, fomentar o funcionamento de grupos que questionem o modo de operar dos serviços de saúde, garantir um modelo de gestão participativa são estratégias que se opõem ao progressivo empobrecimento da eficácia dos recursos institucionais, à adoção de modelos fechados e auto reprodutivos de intervenção.



Reflexão

Não devemos esquecer que a participação dos usuários é algo recente e parte essencial da construção do SUS. Trata-se de um exercício cotidiano que ultrapassa os espaços formais destinados à participação dos usuários e familiares. É um componente que marca a maneira de se relacionar e, portanto, possibilita que os “lugares” sociais dos sujeitos seja revista, reprocessada, atualizada. Qual a sua opinião a esse respeito?

Como dissemos, consideramos importante o desafio de participar da vida social, conhecer os recursos dos territórios, suas particularidades, sua **formação histórica**³. Assim teremos mais condições de vislumbrar a integração de muitos campos da vida, e não apenas de se ocupar em tratar da “doença”. O centro do processo de cuidar é o sujeito em cuidado, não sua doença ou seu uso de drogas.

³ Lembremos que a emancipação de grande parte dos municípios do Brasil é recente e que boa parte das regiões periféricas compunham regiões com características rurais há 50, 60 anos atrás.

Há que se ter clareza de algumas características locais para se pensar coletivamente a melhor forma de aproximação e sustentação das

práticas do serviço. Para isso, certamente teremos a possibilidade de compartilhar olhares e experiências com outros setores da política social. Há inserções no território experienciadas por serviços da Atenção Básica, SAMU, Polícia, Conselhos Tutelares, Escolas, Centros de Referência da Assistência Social, dentre outros, que podem enriquecer as análises e a busca de solução de questões problematizadas. Além disso, a articulação de ações intersetoriais, “o fazer junto”, pode favorecer a superação de barreiras de acesso, uma vez que serviços integrados (atuando em rede), na medida em que se comunicam e reconhecem as suas responsabilidades tornam-se mais efetivos, evitando a “peregrinação” dos usuários, a descontinuidade e a sobreposição de ações no território.

A partir da elaboração do Projeto Terapêutico Singular, teremos também a possibilidade de compartilhar melhor as situações acompanhadas, ora apoiando parceiros com o conhecimento, ora sendo apoiado pelos parceiros nos territórios.

Há diferentes formas de se viabilizar ou operacionalizar a relação dos profissionais com os territórios. Cada equipe construirá o relacionamento com seu território na medida em que se organiza para dialogar com as forças vivas da localidade e cria meios de reconhecer as distâncias percorridas pelas pessoas, as condições de moradia, as relações de solidariedade na vizinhança, os locais de trabalho, os espaços de lazer públicos e privados disponíveis, os meios de transporte, as formas de brincar das crianças, entre outras coisas.

Assim, a elaboração do PTS será um produto baseado não apenas nas interpretações das necessidades de saúde do profissional a partir do relato do que é vivido pelos usuários e familiares. O profissional de saúde que se apropria do território adquire um repertório (amplia sua “caixa de ferramentas”), o que pode favorecer a criação de estratégias inovadoras e não óbvias, bem como o ajustamento de proposições aos sujeitos, mais possíveis de serem realizadas.

Trabalhar com a família procurando brechas para trocas e vinculações afetivas, contribuir para a politização das discussões sociais e para a luta por mais direitos da comunidade são aspectos fundamentais da reabilitação e demonstram o compromisso do serviço com a construção da cidadania de todos os indivíduos.

A construção de um modelo de assistência e reabilitação em saúde mental precisa sustentar alguns princípios. São eles:

- **garantia do direito de asilo:** é a oferta de um distanciamento das situações geradoras de conflito, que permita uma nova percepção e possibilidades de interferência e transformação das relações. Garantia que não deve ser confundida com a ideia de que só o afastamento do contexto possibilita a re-organização dos sujeitos;
- **disponibilidade:** é a capacidade de o sistema reagir com agilidade e prontidão e se traduz na existência de serviços que funcionem nas 24 horas, ininterruptamente. Atendimento ao telefone, visitas domiciliares, serviços de resgate e acolhimento imediato são estratégias fundamentais para criar um clima de confiança e credibilidade no sistema;
- **inserção no território:** como já foi bastante enfatizado, uma equipe deve atuar no território de cada usuário, acompanhando-o de modo a mediar e promover o intercâmbio social;
- **prioridade aos projetos de vida:** a produção de uma nova subjetividade é operada por meio de projetos práticos que resgatam sentido para a vida dos sujeitos. Projetos de alfabetização, intervenções em relação à moradia, atividades que promovam sociabilidade no espaço doméstico e na vizinhança articulam-se para a criação de novos contextos;
- **processo de valorização:** três dimensões de trocas são fundamentais - troca de bens, mensagens e afetos. A vida social se funda nas relações de trocas, de intercâmbios. Nestas dimensões trocamos

coisas, trocamos ideias ou emoções, que podem se dar de diferentes formas: relações de reciprocidade (isonomia e isegoria), relações de expropriação/exploração, relações de doação/empréstimo.

1.3.4 Entre o geral e o específico

Como vimos anteriormente o contato com os usuários permite identificar necessidades que devem ser consideradas na elaboração e manejo do PTS. Podemos destacar, a título de exemplo, dois grandes grupos que exigem a consideração de particularidades que ultrapassam a dimensão singular dos sujeitos e se enredam em pontos da vida social do qual se ocupam outras instituições.

Infância e Adolescência

Ao trabalhar com o campo da infância e adolescência, além de considerar as trajetórias de vida, as diferentes formas de constituição familiar, de organização e acesso ao trabalho, é importante que se vislumbre o diálogo com esferas da política social, como a da educação (centralizadas na figura da escola) da justiça (Vara de infância e juventude) e da assistência social (CRAS e CREAS). Muitas vezes é a articulação desses atores que poderá afirmar a possibilidade de ruptura da fragmentação dos acompanhamentos existentes, ainda que tenham objetivos distintos.

Álcool e outras Drogas

Nas situações em que a questão é identificada como AD, estão sempre presentes quatro dimensões misturadas e que confundem nosso juízo. Observamos uma pessoa em relação a uma substância, e assistimos a uma mudança na conduta da pessoa após o consumo. Do lado da pessoa, dividimos a pessoa em um corpo e cérebro e um sujeito/mente. Do lado da substância temos a divisão entre legal e ilegal.

Com esses recortes, estamos habituados a avaliar a conduta da pessoa. O que a substância causa no corpo/cérebro? O que causa no sujeito e

na sua mente? Neste ponto, frequentemente já misturamos e dizemos que a substância altera o cérebro e o sujeito/mente: perdas de vontade, da capacidade de fazer juízos, de reconhecer as normas, de raciocinar.

Mas, ao mesmo tempo, fazemos uma análise no sentido da pessoa em relação à substância - isto é, o que faz a pessoa com uma coisa lícita? O que faz uma pessoa com uma coisa ilícita? Aqui o eixo de avaliação segue no sentido do legal/ilegal, do moral/imoral, que no caso das substâncias lícitas se restringe à moralidade mas, no caso das substâncias ilícitas, acrescenta-se a questão da criminalidade.

Quadro 2 - Esquema mental do juízo criminalizante

PESSOA	SUBSTÂNCIA	
	LEGAL	ILEGAL
Cérebro/corpo	Efeito imoral	Efeito amoral
Sujeito/mente	Fraqueza moral	Natureza criminal

Fonte: próprio do autor

Esse esquema mental é fundamentalmente um raciocínio que serve para justificar a punição e o castigo. Focados e movidos pela ocorrência de condutas não consensuadas, desencadeadas pelo uso de alguma substância, buscamos reprimir e controlar a transgressão identificada como ameaça.

Dominados pela vontade de punir, adotamos atitudes que nada têm a ver com uma ação de saúde.

Devemos estar atentos e evitar essas formas de juízo, pois elas são muito frequentes e habituais na sociedade, inclusive entre profissionais de saúde. Em muitas situações há uma pressão social para que os sujeitos sejam submetidos a tratamento à revelia da pessoa, justificadas pela noção de um suposto efeito amoralizador que as substâncias

legais ou ilegais exercem sobre o usuário. Assim corremos sempre o risco de reproduzir um lugar de heteronomia, de imposição das formas de cuidado e essa maneira de operar não se mostra eficaz para a melhoria da vida do usuário.



Link

Por essas razões é necessário conhecermos mais consistentemente acerca das drogas com as quais estamos lidando – seus efeitos, suas vias de administração, seu tempo, entre outras questões. O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas – CEBRID apresenta publicações importantes sobre o tema. Para saber mais acesse: <http://www.cebrid.epm.br/index.php>.

A intervenção dos profissionais deve estar centrada na articulação de respostas para as carências, necessidades e demandas da pessoa que nos procurou (ou foi trazida), e ser cuidadosa para não aceitar as expectativas externas, ocupando lugar de executores das penas e punições que se deseja impor a qualquer custo.

O PTS deve levar em conta ações que envolvem aspectos das exigências institucionais, como: necessidade de laudo para INSS, necessidade de elaborar relatórios para retirar os filhos de abrigos, auxiliando o usuário a cumprir seus papéis sociais, promovendo as condições para o protagonismo na superação dos obstáculos da vida cotidiana por meio das instituições sociais. Essas ações precisam da participação ativa do usuário, mas precisam estar sob uma relação de baixa exigência.

Da mesma forma, é sempre bom ressaltar, em se tratando de desenvolver PTS para pessoas com demandas/necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, é de fundamental importância incluir nesse trabalho questões relacionadas à defesa de direitos e discussões sobre políticas públicas e modelos de atenção, no sentido de fortalecer ainda mais o poder de contratualidade da pessoa em cuidado.

A ideia de baixa exigência corresponde de forma adequada à situação de alta vulnerabilidade social e de baixo poder contratual dos usuários, que no caso do usuário de substâncias é agravado com a pressão por punição.

É preciso estabelecer contratos de baixa exigência, de curtíssima duração, de modo que o usuário perceba-se capaz de cumprir os acordos e usufruir dos benefícios decorrentes dos seus atos. Uma sequência de vivências de contratos exitosos permite que, pouco a pouco, a pessoa vá se tornando capaz de sustentar contratos mais exigentes e duradouros.

Na vida do usuário AD ocorrem altos e baixos, as chamadas “recaídas”⁴. É frequente que profissionais e o próprio usuário sintam frustração e desesperança nessas situações. Para evitar, é muito importante que o PTS não se restrinja à dimensão da droga e seja composto de um amplo arco de dimensões da vida com metas concretas possíveis e que, desde o ponto de partida, tenha as projeções temporais alongadas e compartilhadas com a pessoa e com a família. As chamadas recaídas devem estar previstas como pontos previsíveis no longo caminho em direção à autonomia e emancipação. Previsíveis, repetidas, mas não as mesmas, como já vimos com o exemplo do girar da roda de uma bicicleta. É o novo a cada vez.

⁴ Atente para o fato de que a própria expressão “recaída”, embora largamente utilizada e considerada cientificamente validada, já traz em si um peso moral importante e muito recorrente na clínica AD. Aquele que recaiu, que “caiu de novo”.

1.4 RESUMO DA UNIDADE

Nesta unidade trabalhamos questões relevantes para orientar o desenvolvimento de um Projeto Terapêutico Singular.

Trabalhamos o conceito de Projeto Terapêutico Singular e os determinantes de nossa atuação. Resgatando alguns conceitos que, historicamente, atravessam o cuidado na área AD e que compõe nosso esquema conceitual. Sobre isso, considerando a mudança de modelo de atenção em curso, ressaltamos a importância de construirmos condições para possibilitar mudanças consistentes neste esquema. Para tanto, apontamos algumas referências que podem contribuir para transformar nossa prática.

Sobre o desenvolvimento do PTS propriamente dito, trabalhamos questões chave, tais como: aproximação; contratualidade; captação de informações sobre a história do usuário, questões fundamentais a serem respondidas, numa perspectiva de trabalho em equipe; e os recursos para o cuidado.

Finalmente, trabalhamos algumas singularidades referentes ao desenvolvimento de PTS para clientela AD, ponderando atitudes a serem evitadas e ressaltando pontos importantes para prover melhor cuidado.

A seguir, você irá trabalhar com a temática do cuidado ofertado às famílias, a partir do trabalho desenvolvido em serviços territoriais de base comunitária.

Esperamos que esta unidade tenha contribuído para qualificar o seu trabalho junto à clientela referência.

Um abraço e bom trabalho!

1.5 LEITURAS COMPLEMENTARES

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Chiaverini, D. H (Org.) et al. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, n.34, 176p., 2013.

02

Relação Família e Usuários de álcool e outras drogas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)



UNIDADE 2 – RELAÇÃO FAMÍLIA E USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Ao final desta unidade, você será capaz de:

- compreender a importância da participação da família no cuidado; e
- utilizar estratégias de suporte para famílias e usuários de álcool e outras drogas.

2.1 INTRODUÇÃO

Nesta unidade vamos discutir a participação da família no cuidado em saúde mental e as estratégias de suporte para familiares de usuários de álcool e outras drogas, que se encontram na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Como os pontos de atenção preveem ações integrais de cuidado, passando por **sete componentes**⁵ (BRASIL, 2011), a discussão da relação das famílias com a experiência dos problemas relacionados ao consumo de drogas, na RAPS, levará em consideração os seguintes eixos de discussão:

- o papel da família na estratégia da atenção psicossocial;
- a complexidade das relações familiares, nas situações de problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas – conflito e rompimento dos vínculos comunitários e familiares;

⁵ Segundo a Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, os componentes da RAPS são: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

- sobrecarga e suporte psicossocial à família, nas situações de problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas.
- intervenções no cuidado aos familiares dos usuários de drogas.
- a família como agente político de mudanças.

Convidamos você, então, a iniciar a leitura desta unidade, em que problematizamos essa complexa relação família e usuários de drogas, que intencionam lhe orientar na produção do cuidado desses sujeitos na RAPS.

2.2 O PAPEL DA FAMÍLIA NA ESTRATÉGIA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O cuidado era centralizado no hospital, por meio de tratamentos pontuais em urgências e emergências em hospitais gerais, em particular em quadros de intoxicação aguda e/ou acompanhados de síndrome de abstinência moderada à grave, sendo convocados também os hospitais psiquiátricos. Muitos chegaram a morar nestes hospitais na cultura de que “lugar de louco é no hospício” (entendendo-se aqui por “louco” todos os “desviantes”, grupo no qual se inseriam, e ainda se inserem, os usuários de drogas).



Reflexão

Com quais pontos de atenção os familiares podiam contar no cuidado à pessoa com problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas antes da Reforma Psiquiátrica?

Quase nenhum hospital oferecia serviço de acompanhamento pós-alta, porque não havia orientação para cuidado em rede, além do que, a rede em si era muito fragilmente constituída e pouquíssimo diversificada. Quando existia essa oferta, comumente era orientada para a perspectiva da manutenção da abstinência, por meio de ambulatórios e da orientação para participação nos grupos de auto-ajuda, como os

de Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos. Pouco suporte existia no sentido da reinserção social, no geral, com baixa efetividade e, gradativamente, a família deixava de ser solicitada pelo aparato manicomial no cuidado do usuário.

Importante ressaltar ainda que predominou até os anos 1970 a 1980 uma visão da psiquiatria, psicologia e psicanálise culpabilizante em relação às famílias, por ocasião da emergência de um transtorno mental e/ou de problemas relacionados ao consumo de drogas em seu meio. Esse cenário sofre mudanças paulatinas à medida que as análises do fenômeno se ampliam e qualificam, especialmente por conta das conquistas dos movimentos de mulheres/feminista que se expandem, inclusive, para o meio acadêmico, por meio de pesquisas (considerando que eram as mulheres/mães os principais alvos desta visão culpabilizante).



Reflexão

O que você conhece sobre o movimento de mulheres/feministas? Quais as conquistas destes movimentos que você destaca como mais importantes para as mudanças na relação entre homens e mulheres para o cuidado em saúde mental?

O modelo “manicomial” (hospitalocêntrico) de tratar, segregador e excludente, também permitiu o afastamento do grupo familiar do cuidado em geral, levando os familiares a se limitarem a ser visita, muitas vezes inconveniente, ou um recurso a ser acionado em determinadas circunstâncias, tais como levar itens de consumo pessoal para o usuário (cigarros, roupas, entre outros), providenciar medicamentos, consultas ou exames solicitados em virtude de adoecimento clínico.

Segundo Lima (2012), já no período de institucionalização da Reforma Psiquiátrica, ao longo da década de 1990, o Ministério da Saúde produziu manuais técnicos visando reorientar a assistência ao usuá-

rio do SUS com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e de outras drogas, sob a égide da área da Saúde Mental. O foco estava na qualificação dos trabalhadores da rede pública de saúde para o manejo daqueles indivíduos com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Não havia profundidade na tematização da família. Podia-se identificar a expectativa de que a família fosse envolvida pelo profissional da saúde pública no tratamento do usuário e atuasse como suporte em sua reabilitação. Havia, portanto, fronteiras razoavelmente definidas entre o usuário de álcool e outras drogas e sua família: o primeiro requeria tratamento, e os outros, tomados como família, deveriam co-participar da assistência proposta pela equipe de saúde com vista à remissão dos sintomas associados ao uso do álcool e outras drogas. A apreensão da família parecia passar pelo seu lugar coadjuvante na assistência e retaguarda no cuidado ao usuário.

Após diagnosticar o paciente (e sua família), o procedimento seguinte é engajá-lo(s) em um tratamento. (...) O reconhecimento do alcoolismo como uma doença – e não defeito moral – poderá aliviar, no paciente, sentimentos de culpa, desânimo e desesperança, levando-o aceitar melhor o tratamento. O familiar, também, na medida em que percebe o paciente como uma pessoa doente e não um “sem-vergonha”, atenuará sentimentos hostis de condenação e de desânimo, facilitando assim a tarefa de auxiliá-lo (BRASIL,1990, p.18).

Acrescentou, ainda:

Ao deparar com um alcoolista intoxicado, a primeira questão a ser ponderada pelo profissional de saúde é verificar se esta situação pode ser tratada ambulatorialmente ou se está indicada a hospitalização do paciente.

A decisão deverá nortear-se pelos seguintes critérios:

- a) intensidade dos sintomas de abstinência;
- b) nível das complicações orgânicas e psíquicas;
- c) nível da aceitação do paciente à sua própria realidade;
- d) nível da retaguarda familiar e assistência disponível (BRASIL,1990, p.19).

Na década seguinte, em 2003, foi apresentada *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas*, cujos principais marcos institucionais foi a indicação dos Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPSad) como serviço indutor do cuidado em rede e orientado pela estratégia da redução de danos.

No mesmo documento, o binômio usuário de álcool e outras drogas e sua família parece ter reconfigurado suas fronteiras face à estratégia da redução de danos e sua proposta de estabelecer a rede de saúde como local de conexão e de inserção (BRASIL, 2004c, p.10-11).

[...] a abordagem se afirma como clínico-política, pois, para que não reste apenas como “mudança comportamental”, a redução de danos deve se dar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social, com clara pretensão de criar outros movimentos possíveis na cidade, visando a avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares, de modo a lidar com a hetero e a autoviolência muitas vezes decorrentes do uso abusivo do álcool outras drogas, usando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida. [...]

Nunca é demais, portanto, insistir que é a rede – de profissionais, de familiares, de organizações governamentais e não-governamentais em interação constante, cada um com seu núcleo específico de ação, mas apoiando-se mutuamente, alimentando-se enquanto rede – que cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata, reconstrói existências, cria efetivas alternativas de combate ao que, no uso das drogas, destrói a vida.

A preocupação com a família deixa de ser o possível suporte aos procedimentos de remissão da sintomatologia clínica do usuário de drogas – como na desintoxicação – e passa a atuar como um sujeito ativo na rede, a qual será orientada pelas múltiplas demandas do exercício dos direitos: a família tanto pode propiciar atenção na rede como também ser assistida no território. Trata-se de uma proposta ancorada na redução de danos, que visa transmutar o usuário e seu contexto fami-

liar e comunitário de uma condição exclusiva de aprisionamento pela experiência do uso do álcool e outras drogas para sujeitos ampliados pela clínica-política.

Mas essa política encontrou atores na área de drogas como alguns especialistas em universidades e clínicas particulares, as comunidades terapêuticas e os grupos anônimos (AA, NA, Al-Anon, Nar-Anon, Alateen, Narateen e outros) que trabalhavam fundamentalmente com a orientação única da abstinência total como objetivo da reabilitação dos usuários de drogas. Importante ressaltar, que mesmo nos serviços públicos de saúde que ofertavam cuidado para pessoas com problemas decorrentes ao consumo de drogas (embora fossem poucos) a lógica do cuidado, de modo geral, era a mesma. Havia um importante descompasso entre o que constava na Política e o que acontecia nos territórios. Isso ofereceu aos familiares a ratificação de uma expectativa na atenção ao usuário de drogas: de que os serviços do SUS também o levassem necessariamente à abstinência.

A experiência dos grupos anônimos, cujo primeiro a surgir no Brasil foi Alcoólicos Anônimos, no final dos anos de 1940, trouxe para esses membros a necessidade de se criar um espaço próprio para a família. Eles criaram grupos de ajuda mútua para os familiares, os quais foram chamados de Al-Anon (familiares adultos de alcoólicos) e Alateen (familiares adolescentes de alcoólicos). De forma contraditória, apesar da expectativa da abstinência para os usuários, Lima (2012) chama atenção para a construção de mecanismos nesses familiares de tolerância àqueles que ainda se mantêm fazendo uso das drogas.

Nesse caso, como analisar, por exemplo, a experiência dos grupos familiares como o Al-Anon e o Nar-Anon, que, a despeito de estimular seus membros a apoiar a reabilitação do usuário no horizonte da abstinência, oferecem em espaço comunitário, laico e aberto, uma rede territorializada fecunda em termos de acolhimento, suporte, auto-conhecimento e apoio-mútuo? Itinerário que, inclusive, propicia em alguns núcleos familiares a convivência com o usuário sob os efeitos do recorrente uso prejudicial do álcool e outras drogas? (LIMA, 2012, p.5-6).

Como “curadores feridos”, essas famílias produzem efeitos no primeiro nível de mútua ajuda: no *empowerment* (VASCONCELOS, 2003). São grupos que apresentam autonomia a qualquer direção de política pública e um programa próprio de recuperação, que convida os familiares a “viver e deixar viver”, como referência de que também são sujeitos de reabilitação e não só aquele que faz uso de drogas. Mormente seus membros são mulheres que chegam aos grupos pedindo “ajuda para o usuário”, dado sua dificuldade de se considerarem sujeitos também de cuidados. Esses grupos familiares precisam ser mais conhecidos e estudados a fim de identificar suas contribuições e limites no cuidado de familiares de usuários de drogas.



Reflexão

Você conhece grupos, a exemplo dos citados, disponíveis aos familiares em seu território de atuação? É possível uma ação conjunta? De que maneira?

Vale lembrar, também, que alguns serviços de saúde contavam com atendimentos, orientações e reuniões para familiares, o que foi intensificado pela Portaria 336/2002 (BRASIL, 2004a) que prevê no projeto terapêutico dos serviços: “d) visitas e atendimentos domiciliares; e) atendimento à família; f) atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social” (BRASIL, 2004a, p.134).

De um modo geral, no cerne da atenção psicossocial recente, a família passou a ser compreendida como parceira no cuidado, sendo importante mediador entre usuário-serviço, entendendo este usuário em todos os seus contextos de vida. Sua participação inicial visava incentivar “o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas, também participando diretamente das atividades do serviço” (BRASIL, 2004b, p. 29).

Na atualidade, a partir da normatização da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011), os serviços se ampliaram em número, tipo e atribuição, mas, dentre estas atribuições, o trabalho com famílias (independente da vinculação do usuário de drogas ao serviço) cabe a todos os pontos de atenção. Assim, os avanços forjados no decorrer do processo de construção da reforma, ganham concretude normativa.

Como historicamente, os serviços de saúde pública concentraram sua atenção na pessoa identificada como “paciente”, ofereceram pouca atenção e suporte às famílias, limitados a informações e orientações em geral.



Reflexão

O que deve mudar com a construção da RAPS? Qual será o lugar da atenção à família nesta rede?

2.3 A COMPLEXIDADE DAS RELAÇÕES FAMILIARES NAS SITUAÇÕES DE SOFRIMENTO DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CONFLITO E ROMPIMENTO DOS VÍNCULOS (COMUNITÁRIOS E FAMILIARES)

Estudos vêm mostrando que o papel dos familiares com a implementação da estratégia da atenção psicossocial se alterou substancialmente, podendo sobrecarregar este grupo, devolvendo o cuidado para seu meio (GONÇALVES; SENA, 2001).

Conseqüentemente, o papel dos familiares se multiplica e se intensifica. O familiar é um dos primeiros sujeitos a identificar problemas decorrentes do uso de drogas e a sofrer diretamente as suas repercussões. Por exemplo, diante do sofrimento que envolve essa experiência, Fender

(1996) chamou atenção para o envolvimento dos diversos membros de uma família no cuidado daqueles que possam ter desenvolvido um dos mais graves problemas relacionados ao uso de drogas, a dependência. Como é do conhecimento de todos, a gama de agravos, consequências, e sofrimento, que acomete alguém em um quadro de dependência química é bastante complexa e grave. A família também está mergulhada neste sofrimento e, por consequência, precisando de cuidados.

As famílias constituem um grupo que se desenvolve no tempo histórico, construindo a sua história singular, em que alguns eventos são esperados e acolhidos de várias maneiras, marcando a trajetória do grupo. É esperado sócio-culturalmente na dinâmica histórica de uma família em que haja objetivos em comum a serem compartilhados ou algumas dimensões que una o grupo. No geral um orçamento em comum, uma moradia conjunta, trocas de afetos e cuidados, uma história de vida construída conjuntamente.

É comum ocorrer no grupo familiar a incorporação de novos membros na família, como ao nascer filhos ou quando alguém se casa; a saída de membros, por exemplo, com o casamento de filhos ou saída para estudar; a aposentadoria, dentre outros.

Mesmo esperados, todos os momentos importantes na vida familiar exigem mudanças na organização da rotina, na forma de encarar problemas e no geral também interferem no clima emocional entre seus membros, pois as repercussões de cada vivência grupal têm significados específicos para cada um.

A vida em família(s) circunscreve não apenas relações amorosas materializadas em geral em cuidados e vínculos positivos, mas, também conflitos que, dependendo da forma como são manejados internamente na dinâmica familiar podem potencializar maior amadurecimento, crescimento emocional e vínculos entre seus membros ou a intensificação da violência. Família circunscreve o:

conjunto de pessoas vinculadas por laços de sangue, parentesco, afinidade/afetividade ou dependência que estabelecem entre si relações de solidariedade e tensão, conflito e afeto (...) e (se conforma) como grupo de indivíduos de sexo, idades e posições diversificadas, que vivenciam um constante jogo de poder que se cristalizam na distribuição de direitos e deveres (BRUSCHINI, 1989, p. 09).

A família é uma instituição histórica, cultural, política e social, tendo, comumente, conformações distintas em diferentes sociedades e contextos, sendo afetada pelas distintas condições sociais. É influenciada pelas condições históricas em que existe e se desenvolve, mas, pode influenciar na construção de várias determinações históricas. Ou seja, é assujeitada, mas também é sujeito do processo histórico.

Há diferentes configurações de família, conformando famílias, no plural, moldando diferentes desenhos, significados e modos de viver neste grupo, bem como diferentes estilos de vida e valores.



Reflexão

Você sabe quem são as famílias com necessidades decorrentes do consumo de álcool e outras drogas em seu território? Sabe como este sofrimento se instalou? O que, para estas famílias, é motivo de maior sofrimento? Como estão lidando com isso?

Há eventos que ocorrem nas famílias que são imprevisíveis, não esperados no desenho traçado, planejado para e pela família moderna, para seus integrantes, tais como: mortes acidentais, por exemplo, no trânsito, assassinatos, suicídio, prisões, violências físicas, psíquicas e sexuais, e dentre tantos outros, problemas decorrentes do uso de drogas.

Estudos tais como o de Melman (2001) mostram que os familiares estão despreparados para enfrentar muitas situações que ocorrem em seu seio, tais como a existência de uma pessoa com transtorno mental e/ou uso de drogas. Mas, ao despreparo se associa um maior estresse

quando o problema/situação limite é reprovada socialmente, como no caso da “dependência química”, eivada de leituras moralizantes, que culpabilizam e criminalizam o usuário.

O usuário de drogas é discriminado, apontado socialmente como “sem vergonha”, “sem caráter”; “malandro”; “bandido” dentre outros.

A discriminação tende a ser extensiva para seus familiares, o que pode comprometer sua relação com a comunidade e com os serviços de saúde.

De acordo com as ponderações acima apresentadas, certamente, conhecer melhor as famílias (perguntar, ouvir e observar seus contextos; forma como entraram em contato com a situação de uso de drogas de seus familiares; o que provoca mais insegurança e medo nesta situação; as complicações sociais e legais deste uso; entre outras) amplia capacidade das equipes de saúde para ofertar cuidado adequado, efetivo e construir sentido na relação com seus usuários e familiares. Da mesma forma, potencializa a capacidade da equipe em identificar, singularizar e acionar rede de proteção e de cuidado.



Saiba Mais

Há filmes e documentários que apresentam os efeitos do proibicionismo às drogas para a vida dos usuários, seus familiares e para a própria rede de saúde. Sugerimos: “Cortina de Fumaça”. Direção: Rodrigo Mac Niven. Brasil, 2009. Duração: 94 min., e “Quebrando o tabu”. Direção: Fernando Grostein Andrade. Brasil, 2011. Duração: 79 minutos.

Alguns estudos vêm explorando as diferentes fases pelas quais passa uma família com problemas decorrentes de uso de drogas em seu cerne, que embora seja dividida em fases, não se esgota em cada uma delas, haja vista vários sentimentos acompanharem todo o percurso.

Uma das abordagens utilizadas para se compreender o sofrimento das famílias com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas é aquela apresentada por Payá e Figlie (2004, p.340). Estes identificaram as seguintes **fases** no percurso das famílias:

1. **Negação:** Negação do problema. Pode haver suspeitas, mas, muitas vezes é difícil para alguns membros das famílias admitirem um problema que tem que ser enfrentado. No geral, há tensão e desentendimentos entre os integrantes da família;
2. **Família preocupada com a questão:** Persiste como “segredo familiar”, algo que tem que ser gerido no plano privado, unicamente pela família. “A regra é não falar no assunto, mantendo a ilusão de que as drogas e o álcool não estão causando problemas para a família” (PAYÁ; FIGLIE, 2004, p. 340). Os sentimentos mais frequentes neste momento, classificados pelos autores é de raiva, sentimento de culpa e acusação mútua;

Atente aqui para a importância de não esquecermos, como bastante trabalhado no módulo I do curso, que drogas são “coisas” e que, como coisas que são, não “causam” sofrimento. São os sujeitos envolvidos nestes contextos, por suas possibilidades de escolha, que sofrem e causam sofrimento. O que certamente não suprime o valor da abordagem ofertada pelos autores. A ressalva desta autora vem no sentido de manter a necessária coerência de nosso trabalho de formação;

3. **A desorganização familiar é intensa:** Os membros assumem papéis e posições rígidos. “As famílias assumem responsabilidades de atos que não são seus e, assim, o dependente químico perde a oportunidade de perceber as consequências do abuso” (PAYÁ; FIGLIE, 2004, p.340);

4. **Exaustão emocional:** podem surgir conflitos entre todos os integrantes da família, enfermidades, distanciamento entre as pessoas;
5. **Enfrentamento do problema:** A família enfrenta o problema e inclusive procura ajuda externa, mas é acompanhada de ambivalência – oscilando entre a não aceitação e a aceitação.



Saiba Mais

Há filmes que retratam o contexto social e familiar frente aos diferentes usos nocivos de drogas. Sugerimos: “Bicho de Sete Cabeças”. Direção: Laís Bodanzky. Brasil. 2001. Duração: 74 minutos. “Réquiem para um sonho”. Direção: Darren Aronofsky. E.U.A. 2000. Duração: 102 minutos.; “Diário de um adolescente”. Direção: Scott Kalvert. E.U.A. 1995. Duração: 100 minutos. e “Uma dose de amor”. Direção: Ken Olin. E.U.A. 1992. Duração: 92.

Para maioria dos casos, quando os problemas decorrentes do uso de drogas se agravam seu impacto afeta todos os membros das famílias, que tendem a enfrentar uma situação de crise interna, até que o evento seja incorporado como parte das questões a serem enfrentadas pelo grupo. Entretanto, repercute de maneira diferente entre os seus integrantes.

No início da descoberta de um de seus membros com problemas decorrentes do uso de drogas, questionamentos mais intensos comandam o dia a dia dos pais, instados por indagações tais como: Por que isto foi acontecer comigo? Onde foi que eu errei? Como encarar meus vizinhos? O que dizer para meus amigos?

Surpresa, desorientação, decepção, vergonha, culpa, medo do que há por vir, impotência, desamparo, são sentimentos que tendem a predominar na dinâmica familiar da maioria dos grupos.



Reflexão

Em que você e seu o serviço podem contribuir para minimizar o sofrimento e a intensa autoculpabilização das famílias?

Lembremos que o risco de isolamento social é muito frequente nesta ocasião. O risco de o pai culpar a mãe pelo ocorrido é muito comum, ou vice versa. É mais comum ouvir da “mãe” – “meu marido diz que eu mimei demais”. Um sentimento de perda de referências intensifica as relações.



Boa Prática

Contribuir na desconstrução da culpabilização, uma herança da tradição judaico-cristã é um dos desafios dos trabalhadores de saúde. Podemos fazer isso por meio de algumas condutas:

- Manter a porta sempre aberta, eliminando, o máximo possível, barreiras de acesso. Especialmente, garantindo o direito das famílias de serem cuidadas, ainda que o familiar que usa drogas não deseje ou consiga se vincular ao serviço;
- Eliminar a postura do: *“não podemos fazer nada, se ele (o usuário) não quiser vir aqui!”*. Acolha se responsabilize. Trabalhe na aproximação possível, trabalhe ofertando o cuidado possível. Para a maioria das situações, somente por ouvir a expressão *“Você não está mais só nesta situação, estamos com você!”* a pessoa já sente diminuir o sofrimento, já se sente cuidada;
- Atuar nos territórios;
- Primar pela singularidade;
- Garantir permanente espaço de escuta;

- Se preparar permanentemente para a tarefa: atualizações; cursos; grupos de estudo; debates; encontros com convidados, para promover troca de conhecimento;

entre outros meios. Para isso, o compromisso da gestão é imprescindível;

- Buscar parceria com as instituições de ensino;
- Problematizar com as famílias como se constituíram os valores que “pesam” sobre suas cabeças na atualidade, de modo a explicitar o fato de que aquilo que parece ser “verdade absoluta”, não raro, é um valor que foi concebido social e historicamente, por motivos que, muitas vezes, nos fogem ao conhecimento, tais como aqueles de fundo econômico ou político;
- Dar suporte às famílias para se constituírem como um grupo que protege, orienta, acolhe e cuida de seus membros;
- Ofertar informação clara, objetiva, sustentada por fatos e baseada em evidência científica;
- Prover atendimento em grupo de famílias ou individualmente para cada família, de acordo com a avaliação de gravidade, risco e sofrimento. Estimule a participação em grupos, onde o familiar poderá conviver com outras em distintos momentos e situações;
- Contribua para ampliação de “cenas” de vida para o familiar, do mesmo modo que para o usuário;
- Celebrar com as famílias.

Com a identificação de uma pessoa com problemas decorrentes do uso de drogas, muitas competências familiares são exigidas à medida que exigem resposta do grupo. Mas, experiência tem demonstrado que as figuras femininas são mais exigidas neste contexto.

De modo geral, a dinâmica familiar é regida por uma divisão sexual do trabalho, que coloca a figura masculina adulta como provedor econômico do grupo, que tem sua identidade associada ao espaço da rua, do trabalho extra lar. A mulher adulta, sobretudo a mãe-esposa esteve associada com o trabalho doméstico e o cuidado do outro, tendo sua identidade relacionada às dimensões afetivas, emocionais do grupo e ao trabalho não pago, invisível para a sociedade como um todo. Há algumas décadas, esta divisão sexual do trabalho vem sofrendo mudanças. Mudanças decorrentes principalmente da inserção das mulheres no mercado formal de trabalho e ocorrência de famílias monoparentais, sustentadas especialmente por mulheres-mães, cujos companheiros as abandonaram sem manter a co-responsabilidades pela família.

Melman (2001); Rosa (2003) e Bandeira (2013), argumentam que o provimento de cuidados em geral para pessoas vulneráveis e que demandem cuidados de terceiros no meio familiar, exige alterações, sobretudo, na rotina de vida das figuras femininas – mãe-esposa, irmã ou filha, que tenderão a figurar como única cuidadora, o que compromete sua qualidade de vida, que passa a ter como centro o cuidado do outro.



Link

Saiba mais sobre o tema consultando: ROSA, LCS. Transtorno mental e o cuidado na família, 2003. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/n6/270.html>>

Persistindo este cenário, sem contar com retaguarda dos serviços de saúde e outros suportes sociais e assistenciais, há uma tendência de a (o) cuidadora (or) familiar se sentir sobrecarregada (o), chegando à exaustão, o que pode agravar o rompimento dos vínculos familiares desta e da pessoa em uso de drogas. Tal fato está relacionado a outros elementos, pois, prover cuidado a uma pessoa com problemas decor-

rentes do uso de drogas, especialmente para os casos mais graves, está associado frequentemente: à recusa de ser cuidado; uso da violência verbal (ameaças) e física, roubos e furto de bens adquiridos pelo grupo familiar e muito sofrimento também do provedor de cuidado, que investe temporal, material e emocionalmente sem perspectiva de retorno nem material nem simbólico.

2.4 SOBRECARGA E SUPORTE PSICOSSOCIAL À FAMÍLIA NAS SITUAÇÕES DE SOFRIMENTO DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A ênfase nas sobrecargas sentidas e experimentadas pelas (os) cuidadoras (res) no meio familiar é retratada em vários estudos.

Bandeira (2013) define sobrecarga como efeito gerado pela secundarização das necessidades e vida dos cuidadores familiares e pelas intensas mudanças ocasionadas em suas rotinas cotidianas, de trabalho e de vivência familiar em função do provimento de cuidado. Qualificadas como sobrecarga objetiva e subjetiva. Segundo ele a sobrecarga objetiva: “se refere às consequências negativas concretas e observáveis resultantes do papel de cuidador, tais como perdas financeiras, perturbações na rotina de vida familiar, excesso de tarefas que o familiar deve executar no cuidado diário com o paciente” constituindo fontes de estresse. Já a sobrecarga subjetiva:

se refere à percepção ou avaliação pessoal dos familiares sobre a situação, envolvendo sua reação emocional e seu sentimento de estar sofrendo uma sobrecarga, atribuída por eles ao papel de cuidador. Refere-se ao grau em que os familiares percebem os comportamentos ou a dependência dos pacientes como fonte de preocupação ou tensão psicológica (BANDEIRA, 2013).

O cuidador pode chegar à exaustão, alguns podendo desenvolver transtornos mentais, tais como depressão e ansiedade, adoecendo também e igualmente demandando cuidados.

A atenção e suporte psicossocial ao cuidador familiar torna-se fundamental, em muitas situações, até mesmo para que consiga reconhecer que chegou ao seu limite.



Reflexão

Que tipo de sobrecarga mais incomoda aos cuidadores familiares com os quais você trabalha? Na sua avaliação, no que você e o serviço de saúde podem contribuir para minimizar tal sobrecarga?

Os atendimentos e orientações individuais são importantes, mas o trabalho de grupo com os diferentes cuidadores para trocar experiências tem se mostrado um recurso indispensável, como estratégia de ajuda e suporte mútuos (WEINGARTEN, 2001). Muitos cuidadores se reconhecem na luta e sofrimento do outro, multiplicando seus recursos subjetivos e objetivos. Os cuidadores familiares, mergulhados no sofrimento, nem sempre conseguem identificar estratégias de cuidado que produziram no cotidiano do provimento de cuidado, o que pode ser valorizado e até mesmo sistematizado com a contribuição dos trabalhadores de saúde mental, possibilitando a difusão de novas tecnologias assistivas.

No caso da sobrecarga em familiares de usuários de drogas ilícitas, acrescenta-se a experiência possível com consequências advindas da relação com mercados de drogas militarizados e com a reação armada dos agentes de segurança. Potencializar trocas de experiências entre familiares e orientá-los com suporte de redes intersetoriais para a pro-

teção com relação à essas consequências da condição de ilegalidade de algumas drogas devem ser objetos da atenção psicossocial.

A colaboração dos trabalhadores de saúde é também fundamental para trazer outras pessoas do grupo familiar para a arena do cuidado, permitindo que o cuidador principal possa modificar seu estilo de vida, até para se preservar de riscos e danos à saúde e na esfera social.

Os Pontos de Atenção da RAPS configuram uma das modalidades de divisão de cuidado com os familiares cuidadores, mas, é necessário, quando possível, estender esta divisão para o interior das famílias, que passam por intensas mudanças em sua configuração e dinâmica interna, traduzida conforme Vasconcelos (2012):

- na redução no tamanho das famílias, o que se expressa na diminuição de pessoas disponíveis para cuidar;
- na crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho, como profissionais que buscam a auto realização, geradoras de renda e trabalhadoras extra-lar, o que tendeu a sobrecarregá-las com cuidado intra e extra lar;
- no crescente envelhecimento das chefias do grupo: muitos idosos e principalmente idosas tendo que prover cuidado num momento da vida que necessitam ser cuidados;
- crescimento numérico das famílias monoparentais, ou seja, com apenas uma chefia, mais comum a chefia de mulheres, que tendem a comandar famílias mais empobrecidas, pela própria posição subalternizada da mulher na sociedade, com empregos, no geral, de menor prestígio social e remuneração;

- a crescente perda da autoridade parental, sobretudo no meio urbano.

Buscar conhecer o que pensam, como avaliam, no que contribuem, os outros membros, “vozes” do grupo familiar é fundamental. Escutar principalmente a voz masculina, pouco invocada nos serviços de saúde.

Você, como profissional de saúde ao questionar (quando existe esta figura no grupo) sobre o pensam os homens das famílias atendidas acerca da problemática trazida para o serviço de saúde; no que contribuem para cuidar, está contribuindo para repensar o papel e a posição dos homens no grupo familiar, pois, os homens foram historicamente pouco socializados (educados) para cuidar de si e do outro (do espaço doméstico, do cuidado do demais integrantes do grupo). Contribui assim para desnaturalizar lugares e posições, pela via da problematização.

Apesar dos ganhos do movimento de mulheres e feminista, em relação às novas posições da mulher na sociedade, é uma realidade sócio-cultural que o trabalho doméstico e de cuidar do outro ainda tem persistido como algo feminino, o que se tem alterado muito lentamente.

No processo de ampliar o número de cuidadores e efetivamente produzir uma sociedade de cuidado, o cuidado comunitário, outros cuidadores podem ser “produzidos” na rede informal: entre vizinhos, “irmãos” de Igreja, dentre outros.



Reflexão

Mas, a atenção, a ampliação e a qualificação da rede de cuidados devem se dar simultaneamente à requisição de proteção social por parte das políticas sociais. Atribuir a responsabilidade do cuidado aos membros da família e a outros possíveis sujeitos sem a retaguarda de políticas sociais intersetoriais pode aumentar a sobrecarga das famílias. Como as políticas sociais podem ser convocadas a se corresponsabilizar no cuidado, a fim de minorar a sobrecarga?

2.5 INTERVENÇÕES NO CUIDADO AOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS DE DROGAS

O lugar da família tem se incrementado em vários sentidos, inclusive na própria construção do Projeto Terapêutico Singular. Familiares têm se engajado em projetos de geração de renda e no protagonismo em geral dos serviços de saúde, participando de colegiados gestores, assembleias e outros espaços de participação e decisão. Segundo a Portaria N° 3.088 (BRASIL, 2011, Art. 7º, parágrafos 2º e 3º):

O trabalho no Centro de Atenção Psicossocial é realizado prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. O cuidado é desenvolvido através de Projeto Terapêutico Singular, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família.

Rosa (2003) aponta para cinco direções, não excludentes entre si, na visibilidade e engajamento dos familiares nas estratégias e atenção psicossocial:

- Como um recurso no rol das estratégias de cuidado;
- Como um lugar de possível convivência, caso os vínculos possam ser mantidos;

- Como sofredora, haja vista as sobrecargas objetivas e subjetivas a que é submetida ao ter que prover cuidado;
- Como sujeito da ação política, que se organiza coletivamente; que avalia os serviços de saúde e;
- Como um dos atores na construção da cidadania da pessoa com transtorno mental e com problemas decorrentes do uso de drogas, e, provedora de cuidados.

A Organização Pan Americana da Saúde (2001) recomenda o envolvimento de familiares “na formulação e na tomada de decisão sobre políticas, programas e serviços” (2001, p.149) o que está em sintonia com os princípios de controle social defendidos pelo Sistema Único de Saúde do Brasil.

Ter os familiares como parceiros requer incorporar suas necessidades e olhares no cotidiano assistencial. Valorizar e abrir-se para o conhecimento que constroem no provimento de cuidado na base do “ensaio e erro”.

Portanto, nos pontos de atenção da RAPS, um misto de cuidados aos próprios familiares em suas demandas de agravos clínicos, psíquicos e sociais precisam encontrar caminhos de escuta e de resposta qualificada, sempre convocando esta rede e as de outras políticas sociais e comunitárias, quando necessárias; convidando as famílias a participar do cuidado daqueles que as mobilizam diretamente em suas relações de afetos, porém, oferecendo-lhes espaços próprios de vinculação na equipe, nos serviços e na integração de redes de trocas sociais ampliadas. Para isto, a construção de uma clínica política, que contribua para a associação e militância política dos familiares, mesmo com o solo atual do proibicionismo às drogas e das desqualificantes representações sociais é um desafio a ser assumido.

Na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2011, tivemos o eco desta reivindicação por parte da família.



Reflexão

É possível contribuir e potencializar a dimensão política da clínica? E com forte participação das famílias? O que podemos fazer para ampliar e socializar o poder político com as famílias dos usuários de drogas?

2.6 A FAMÍLIA COMO AGENTE POLÍTICO DE MUDANÇAS

A estratégia da redução de danos reforçou mais um capítulo para atenção às famílias dos usuários de drogas a partir do princípio da autonomia. O que contribuiu com a possibilidade de tomá-las como sujeitos do cuidado, suporte ao cuidado e convidadas ao exercício dos direitos. Como precisamos fortalecer a RAPS, qualificando seu cuidado e sua expansão no território nacional, as famílias podem se tornar aliados fundamentais para o necessário processo de monitoramento e avaliação dessa política social e contribuir para a mobilização política que envolve a gestão local à nacional.

Para tanto, é de fundamental importância investir/fomentar a/na consolidação/participação dos/nos espaços políticos dos pontos de atenção da RAPS e do território como um todo, tais como:

- Assembleias dos CAPS e de outros pontos de atenção da RAPS
- Conselhos Gestores Locais
- Debates
- Espaços institucionais específicos de controle social, usualmente propostos por governos democráticos tais como: ações que garantem participação em deliberações sobre investimento do

orçamento público; prestações de contas do poder público para comunidade e/ou casas legislativas; eleições para conselhos de direitos, de saúde, de educação, entre outros.

- Participar de organizações não-governamentais de defesa de direitos de usuários e familiares da Saúde Mental; entre outros.

Também, expandir as vozes familiares para além das mulheres é um desafio político, pois como informa o lema do movimento feminista o “pessoal é político”. O olhar e a experiência masculina no provimento de cuidado tem sua particularidade (ROSA, 2009) e riqueza, que necessita de outro cuidado por parte dos trabalhadores, fomentando outras dinâmicas familiares para que o cuidar seja redistribuído, envolvendo mais pessoas das famílias de origem, e também, das redes sociais, fomentando mais a solidariedade social, pois o objetivo maior é a construção de uma outra relação entre a sociedade e a “loucura”.

Outra questão fundamental relacionada à condição de agente político de mudança das famílias é a defesa de direitos dos usuários de drogas. Como vimos em módulos anteriores de nosso curso, muito ainda temos que avançar neste quesito. As famílias precisam conhecer seus direitos e dos seus familiares usuários de drogas e encontrar condições mais favoráveis para defendê-los. As equipes dos pontos de atenção da RAPS devem certamente se ocupar da tarefa de promover/provocar este fortalecimento. Prover informações claras, orientações sobre acesso à políticas públicas e assistência judiciária são bons exemplos de como fortalecer este processo.

Em períodos de crescente uso de drogas tomar o sofrimento das famílias como um ponto de partida para tecer o cuidado é fundamental para legitimar a RAPS, sob o risco de fortalecer propostas assistenciais fora do SUS. Assim, essa unidade convida as equipes dos pontos de atenção a tomar o próprio usuário como um membro da família (pai, mãe, filho, filha, irmão, irmã e etc.), de modo que a antiga cisão entre aquele que faz uso de drogas e todos os outros membros da família

seja superada pelo princípio da integralidade da atenção. O rompimento dessa tipificação entre investimento terapêutico sobre o usuário de drogas e a família pode fomentar novas invenções no cuidado na RAPS. Essa é a nossa expectativa.

2.7 RESUMO DA UNIDADE

Nesta unidade, procuramos abordar questões que consideramos fundamentais para ampliar qualidade do cuidado ofertado às famílias das pessoas com necessidades decorrentes de seu consumo de drogas.

Como questão central, colocamos a necessidade de prover cuidados às famílias, superando seu histórico papel de suporte para reabilitação do usuário, mais recentemente, os parceiros no cuidado. Procuramos ressaltar a necessidade das famílias de receberem cuidado, como parte de um grupo social que sofre, junto com o usuário, os problemas decorrentes de seu uso. Independente da vinculação ou não do usuário ao serviço.

Inclusive por meio de um breve resgate histórico dos modelos de cuidados ofertados às famílias, buscamos explicitar questões que demandam a atenção de todos, tais como: superar o fenômeno da culpabilização da família pelos problemas decorrentes do uso de drogas de seu familiar; a sobrecarga de sofrimento imposta às famílias, especialmente as mulheres; os conflitos mobilizados; as possibilidades de ampliação e qualificação do cuidado.

Trabalhamos também o que consiste em um só tempo fundamental fortaleza e grave fragilidade das famílias: seu potencial político. Sobre isso, ressaltamos a importância em trabalharmos o fortalecimento político das famílias, seja como agente de consolidação das mudanças propostas pela reforma psiquiátrica para a área de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de drogas, seja como sujeitos do controle social do SUS ou de defesa de seus direitos.

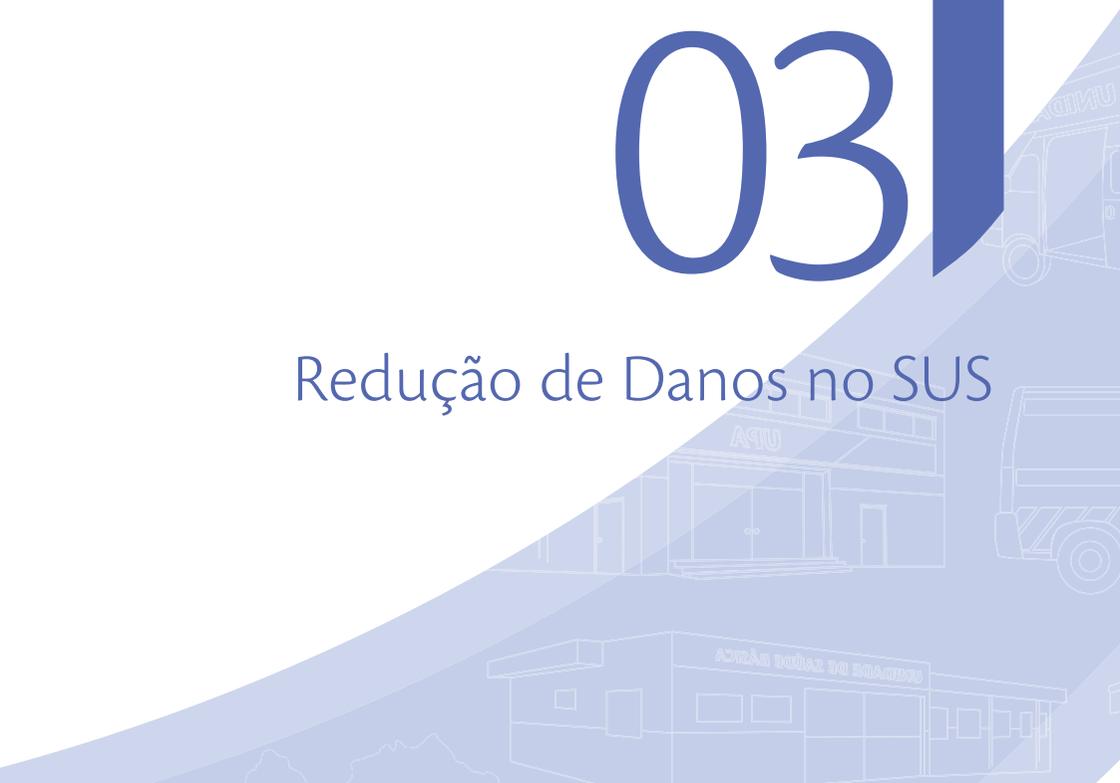
2.8 LEITURAS COMPLEMENTARES

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2014.

REIS, T. R. O uso abusivo de álcool e outras drogas na sociedade brasileira e seus rebatimentos no âmbito da família: breves considerações. In: **Revista Ágora: Políticas Públicas e Serviço Social**, Ano 2, nº 3, dez. 2005.

03

Redução de Danos no SUS



UNIDADE 3 – REDUÇÃO DE DANOS NO SUS

Ao final desta unidade, você será capaz de:

- compreender o conceito e as estratégias da redução de danos na linha de cuidado dos usuários de drogas.

3.1 INTRODUÇÃO

Como já vimos em outros módulos de nosso curso, o uso de drogas sempre esteve presente em todas as culturas ao longo da História. Substâncias psicoativas (capazes de alterar as sensações, a consciência e o estado emocional dos sujeitos), sempre foram usadas por diferentes sociedades com finalidades tanto medicinais quanto religiosas, recreativas ou hedonistas (puro prazer). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OPAS, 2001) há uma tendência mundial em direção a um uso cada vez mais precoce dessas substâncias pelos indivíduos, indicando que cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo contemporâneo faz um consumo abusivo de substâncias psicoativas.

Como sabemos, embora a grande maioria dos usuários de álcool e outras drogas não agreguem muitas complicações/problemas em suas vidas, em função de seu uso, muitas pessoas desenvolvem problemas, especialmente agravos à saúde, em decorrência do seu uso de drogas. Algumas muito graves e muito vulneráveis. Cabe ao poder público cuidar destes agravos. A redução de danos é ferramenta que amplia nossa possibilidade de cuidar.

As ações de Redução de Danos constituem um conjunto de estratégias de saúde pública voltadas para a minimização das consequências adversas causadas por práticas de risco relacionadas ao uso de drogas. Com o avanço da epidemia da AIDS, bem como das demais patologias

com significativas prevalência entre a população de usuários de drogas, se fez necessária a existência de ações e estratégias diferenciadas utilizando recursos humanos preparados especialmente para o caso. A Redução de Danos vem responder à esta necessidade.

Esta tecnologia é uma forma de controle dos danos à saúde que surge como iniciativa dos próprios usuários de drogas e tendo-os como ator principal deste trabalho. Como estratégia atual de fazer saúde entre populações com comportamentos e práticas de risco, a redução de danos tem uma linha de atuação de respeito aos direitos do cidadão. Parte-se da premissa de que uma parte das pessoas que consomem algum tipo de droga, seja ela lícita ou ilícita, não consegue ou não quer parar de usar, todavia, não perde, por isso, direito ao cuidado à saúde ou qualquer outro.

Historicamente, os profissionais que assumiram a tarefa de cuidar de pessoas com necessidades decorrentes de seu uso de drogas, por meio das estratégias de redução de danos, ou seja, da forma que estas pessoas aceitassem e conseguissem ser cuidadas e atuando respeitosa-mente nos territórios existenciais de sua clientela, ficaram conhecidos como **Redutores de Danos**. Muitas vezes, estes profissionais eram ou são usuários de drogas que, ainda que mantendo seu uso de drogas, conseguem se organizar e trabalhar adequadamente nas ações de cuidar da clientela referenciada. Muitos são os requisitos para assumir esta tarefa, entre eles: ter possibilidade de acessar usuários de drogas, especialmente aqueles que não querem ou não conseguem adentrar as portas do Sistema de Saúde ou acessar outras políticas públicas; adotar linguagem adequada; atuar de modo respeitoso, paciente e flexível; conhecer o território e saber transitar nele de modo a permanecer e cuidar, sem por em risco a si, seus companheiros de trabalhos ou os usuários; assumir modelo de ética que resguarde exemplarmente a relação sigilosa entre usuário em cuidado–profissional de saúde; ser responsável com a tarefa, especialmente no que diz respeito à frequência em campo e relato/registo adequado de atividades; entre outras.

Todavia, não existe um perfil ideal para o redutor de danos ou uma receita pronta para sua atuação. Ele deverá se adequar às dificuldades que for encontrando durante a abertura do campo, sendo necessário ter sensibilidade para entrar em um universo desconhecido ou assumir um novo papel que ele vai conhecendo no processo.

As ações da Redução de Danos são centrífugas e buscam aproximar-se do usuário de drogas no lugar onde eles se encontram - nas ruas, bares, nas “bocas de fumo” (locais de venda e consumo), pontos de prostituição, nas comunidades onde residem, entre outros locais. Desde que passou a ser adotada pelo Ministério da Saúde, em 1994, observa-se, por exemplo, uma forte mudança no perfil da epidemia da AIDS, no Brasil. Naquele ano, 21,4% dos casos de AIDS notificados no país tinham relação direta ou indireta com o uso de drogas injetáveis. Em 2006, essa relação foi 9,8%. Nesse período, o número de casos da doença em usuários de drogas injetáveis (UDIs) caiu 70%. Em 1995, foram notificados 4.661 casos. Em 2005, foram 1.418 casos conforme dados do Boletim Epidemiológico do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde.

As estratégias de Redução de Danos, promovendo a organização de profissionais e usuários, têm trazido contribuições significativas para a revisão das legislações em vigor e proporcionam o compartilhamento de saberes técnicos e saberes populares, criando condições para a construção de iniciativas que se mostram eficazes na abordagem dos problemas de saúde dos consumidores de drogas.

Hoje se configura diante do atual cenário a necessidade de sua expansão de forma a contemplar os estilos de vida dos diferentes usuários de álcool e outras drogas, lidando com situações complexas (que,

inclusive, abordam comportamentos compulsivos que não envolvem o consumo de quaisquer drogas, como a adicção por jogar, comprar, navegar em ambientes virtuais, entre outras), configurando-se num campo de ações transversais e multisetoriais, que misture enfoques e abordagens variadas, ou seja, resgatar sua dimensão de promoção à saúde. Ainda, presenciamos uma vigorosa ampliação das possibilidades de aplicação da Redução de Danos, quando se prevê a utilização de suas estratégias para uma população bem mais ampla, muito além dos usuários de drogas. É a lógica da redução de danos sendo proposta para compor a gama de tecnologias usadas na produção do cuidado integral no SUS. O Consultório na Rua colocado como um serviço da Atenção Básica e direcionado à população em situação de rua (usuários de drogas ou não) é um bom exemplo disso.

A Redução de Danos constitui-se em mais um instrumento para esta ampliação de capacidade de acesso e vinculação de usuários de diferentes perfis, com distintos comportamentos, predileções e contextos, oferecendo uma escuta diferenciada, cuidado da saúde física e psíquica, informação, orientação, insumos de prevenção e encaminhamentos para atenção à saúde.

3.2 BREVE HISTÓRICO DA REDUÇÃO DE DANOS

Desde o início do século XX, ações que hoje seriam consideradas de Redução de Danos já eram utilizadas na Europa. Tal fato ficou, por exemplo, registrado em um documento conhecido como Relatório Rolleston que registrou um trabalho baseado no princípio que, segundo necessidade de proteção e reorganização mínima de vida do cliente já dependente de opiáceos (para o caso da população referida naquele relatório), o médico poderia prescrever legalmente aquela droga para os dependentes (doses que o usuário deveria consumir de acordo com as orientações do profissional médico), entendendo esse ato médico como fazendo parte do tratamento e não como uma gratificação da adicção da droga.

As noções contemporâneas de Redução de Danos surgiram na formulação da política de drogas holandesa durante o final da década de 1970 e início dos anos 1980 (MARLATT, 1999). Nesta época, organizações de cidadãos holandeses usuários de drogas injetáveis instituíram medidas (como a troca de seringas) com o objetivo de diminuir os riscos de transmissão de doenças como a Hepatite B. O evento que tornou esta política oficial em países como Austrália, Suíça e Grã-Bretanha significou o reconhecimento, durante meados dos anos 80, de que injetar drogas compartilhando agulhas dissemina o vírus HIV. Com o crescimento da epidemia de AIDS, nos locais em que já se desenvolviam atividades de Redução de Danos, estas iniciativas passaram a ser dirigidas também para a prevenção do contágio de todas as doenças transmissíveis por via venosa e/ou sexual.

No Brasil, a primeira tentativa de se fazer troca de seringas entre UDI aconteceu na cidade de Santos – SP, em 1989, mas a iniciativa foi frustrada por uma decisão judicial. O primeiro Programa de Redução de Danos a trocar seringas, no Brasil, surgiu em março de 1995, em Salvador – BA, e a primeira lei estadual a legalizar a troca de seringas, de autoria do Deputado Estadual Paulo Teixeira, foi sancionada no Estado de São Paulo em março de 1998.

Hoje Redução de Danos é uma política oficial da Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD e do Ministério da Saúde - junto do Programa Nacional de DST/AIDS; da Coordenação Nacional de Saúde Mental e Programa Nacional de Hepatites Virais.

O Ministério da Saúde na Portaria GM 1.028 de 2005, regulamenta as ações destinadas à Redução de Danos Sociais e à Saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas. E a SENAD o faz na regulamentação da nova Política Brasileira sobre Drogas. Essa política é baseada nos 4 eixos, onde um dos deles é a Redução de Danos e os demais Prevenção, Repressão e Tratamento. Com isto define que as ações de redução de danos devem ser desenvolvidas por meio de ações de saúde, dirigidas

a usuários de drogas que não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na demanda ou no consumo.



Saiba Mais

Sugerimos que você conheça uma perspectiva de redução de danos com usuários de drogas por meio da dissertação de Caroline Schneider Brasil, disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nr=b=000462878&loc=2005&l=12c44c7b40b8ef6f>>.

Importante ainda ressaltar que a Portaria Ministerial 3.088 de dezembro de 2011 (república em maio de 2013) reafirma a Redução de Danos como princípio fundamental da RAPS, em seu Art. 2º inciso VIII “Desenvolvimento de estratégias de redução de Danos”, como já constava de modo muito representativo na política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, de 2003.

3.3 DROGAS, CUIDADOS E VONTADES

O uso de drogas, sejam elas lícitas ou tornadas ilícitas, apresenta uma relação direta ou indireta com uma série de agravos à saúde, dentre os quais podemos destacar os acidentes no trânsito, as depressões, a violência, as hepatites virais, tuberculose e a infecção pelo vírus HIV. Cerca de 5% da população mundial entre 15 e 64 anos consome drogas ilícitas, revela o relatório do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes (UNODC, 2004). Esse número é significativamente menor que o consumo de álcool (50%) nessa mesma faixa da população (UNODC, 2004).

No Brasil, o consumo do álcool, em particular, tem sido frequentemente apontado como o mais grave desafio relacionado ao uso de drogas, além de constituir-se no maior problema de saúde pública (BRASIL, 2003). Diferentes estudos, tanto nacionais (DA SILVEIRA;

GORGULHO; SILVEIRA, 1999) quanto internacionais (ZABLOTSKA, 2006), têm destacado o consumo da bebida alcoólica como sendo o motivo principal que leva muitas pessoas a abandonarem o uso de preservativos nas relações sexuais, tornando-os, por conta disso, mais vulneráveis à infecção pelo vírus HIV, Hepatites Virais e outras doenças sexualmente transmissíveis. As experiências realizadas em ações de campo em diversos estados do Brasil, conforme consta em relatórios de campos de redutores de danos ligados a ABORDA (Associação Brasileira de Redução de Danos), comprovam que o uso de drogas, sobretudo o álcool, mesmo sem necessariamente caracterizar uma condição de dependência, contribui para o relaxamento de medidas de proteção, em especial o uso da camisinha nas relações sexuais.

Assim como em outros países, a resposta brasileira à epidemia da AIDS também trouxe à tona a questão do risco da infecção pelo HIV pelo compartilhamento de agulhas e seringas entre usuários de drogas injetáveis. Estima-se em torno de 13 milhões o número de usuários de drogas injetáveis em todo o mundo, dos quais 78% deles vivem nos países em desenvolvimento ou em transição. Em 2004, na América do Sul, quase 80% dos usuários de drogas injetáveis estavam infectados pelo HIV (UNODC, 2004). Estudo realizado pelo Ministério da Saúde (Pesquisa AJUDE Brasil II – 2001) indicou uma taxa de 36,5 % de prevalência de HIV entre a população de UDI (Usuário de Droga Injetável) acessada. Considerando dados disponibilizados por diferentes pesquisas, o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2004d) estima que existam cerca de 800 mil usuários de drogas injetáveis no país, sendo a faixa etária dominante compreendida entre os 18 e 30 anos e o consumo iniciado por volta dos 16 anos de idade.

Alguns autores (CAMPOS; SIQUEIRA; BASTOS, 2001) registram também que 36% dos casos de AIDS em mulheres, no Brasil, são atribuídos a relações sexuais desprotegidas com usuários de drogas injetáveis. É importante considerar que o número de casos expressos nessa categoria de exposição (drogas/drogas injetáveis) reflete a invisibilidade do

problema, visto que é incontestável a dificuldade que muitas pessoas encontram em revelar-se perante a sociedade e ao sistema de saúde como um usuário de drogas.

Por outro lado, há uma forte suposição de que dentro do número de “casos ignorados” quanto à categoria de exposição ao HIV, provavelmente, encontram-se muitos casos “não declarados” de usuários de drogas. Note-se que, desde 2001, o Comitê Assessor de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde definiu que as categorias de exposição múltiplas, que envolvessem uso de drogas injetáveis e transmissão sexual, teriam sempre como categoria de exposição hierarquizada principal o uso de drogas injetáveis. Ou seja, se dentre os fatores de exposição à contaminação por doenças, a pessoa relatar que é usuário de droga injetável, este fator de risco vai ser considerado prioritário, quando se determinando as possíveis formas pelas quais se contaminou. Sabemos que o consumo de drogas não se dá de maneira uniforme em toda a população, apresentando características locais ou regionais com relação à escolha dos produtos consumidos e suas vias de utilização. Além da alta vulnerabilidade individual e das estimativas epidemiológicas contundentes no mundo contemporâneo, algumas avaliações clínicas também indicam que os consumidores de drogas, uma vez infectados pelo vírus HIV e/ou doentes de AIDS, costumam ter um dos piores prognósticos relativos à manutenção da saúde, além de ter a morbidade e a letalidade aumentadas, se comparadas às de outros grupos populacionais.

Apesar disso, não é difícil se observar o quanto em muitos municípios brasileiros as ações de prevenção e assistência voltadas para essa população específica ainda são insuficientes, irregulares ou, na sua grande maioria, inexistentes. O Ministério da Saúde, ao apresentar suas diretrizes nacionais para uma Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, reafirma ser esse assunto “um grave problema de saúde pública, reconhecendo a necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS” e, propõe o

enfrentamento da questão através do subsídio de uma construção coletiva (BRASIL, 2011, p. 6).

A invisibilidade que cerca a questão das drogas e seus usuários é um fato notório (no sentido de que as pessoas, inclusive os profissionais de saúde, não perguntam sobre isso. Não que a sociedade não veja que pessoas usam drogas, inclusive as ilícitas). Isso tem seus reflexos no relacionamento entre os profissionais de saúde e as pessoas atendidas nos serviços básicos e especializados. Muito raramente esse tema é incluído nas anamneses, entrevistas e consultas de avaliação clínicas.

Em muitas situações o profissional de saúde tem fortes indícios de que o paciente seja um usuário de drogas, mas prefere “não tocar no assunto”; trata o sujeito de um modo parcial sem se ocupar em incluir esse dado nas suas avaliações de risco à saúde, nas suas hipóteses diagnósticas, nos seus aconselhamentos ou nos projetos terapêuticos. Na maior parte das vezes, quando esse assunto é clinicamente abordado, ainda prevalecem às exigências para uma abstinência total, moralmente apresentada como uma pré-condição para que algum tratamento seja empreendido.

É consensual o reconhecimento de que a epidemia da Aids provocou na sociedade brasileira uma visibilidade um pouco maior para os comportamentos relacionados ao uso de drogas, os padrões de consumo envolvidos, os tipos de usuários e os possíveis danos à saúde resultantes do uso de substâncias psicoativas. Atualmente, isso também se dá com relação ao consumo de crack, inclusive por conta da recorrência deste tema nos meios midiáticos. Vale ressaltar, no entanto, que essa visibilidade permanece circunstancial e descontínua, sendo frequen-

temente embaçada por estigmas, preconceitos e discriminação que, invariavelmente, são os principais responsáveis por manter a exclusão social e situações de violação de direitos dessa população específica. O que se vê mais frequentemente, por parte de muitos profissionais de saúde, no trato com esse tipo de usuário, é a adoção de estratégias repressivas, com intervenções marcadas por noções de culpa, de certo e errado, tentando promover um ideal de pureza humana e de saúde a serem alcançados, unicamente, pela abstinência às drogas.

Não raro, essas intervenções costumam ser associadas a uma pedagogia do terror enfatizando o medo como uma forma de afastar o sujeito das drogas, livrando-o de um suposto caminho que o levaria, inevitavelmente, ao crime, à doença e à morte. Por outro lado, ainda são muito tímidas as ações contínuas de prevenção centradas em estratégias de redução de danos, que tenham como meta a promoção e o desenvolvimento de uma consciência crítica desses sujeitos, avaliando, junto com eles, os riscos de cada um e os fatores viáveis de proteção que cada um efetivamente dispõe. As estratégias preventivas de redução de danos agem respeitando e tratando o usuário de drogas como um cidadão portador de direitos e deveres. Difunde conteúdos atualizados e sem preconceitos. Desenvolve a cidadania, a autonomia e os mecanismos de auto-regulação e de responsabilização pessoal.

Nesse modelo, a abstinência é uma meta que pode vir a ser alcançada, mas não é nunca uma condição a priori para a escuta e o acolhimento visando uma atenção à saúde.

A aplicação desse tipo de estratégia, embora, como afirmado anteriormente, já seja reconhecida pelo próprio Ministério da Saúde como uma lógica a ser utilizada nos serviços de atenção diária, que integram a rede de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2004d), ainda pode ser considerada, no entanto, como uma prática em construção.

Independentemente dos aspectos gerenciais e de gestão que ainda não conseguem dar a sustentabilidade desejada a essas ações, quando se procura refletir sobre as **barreiras** que dificultam o acolhimento, o diagnóstico e o acompanhamento clínicos (em qualquer especialidade) voltados para usuários de álcool ou outras drogas, é comum aparecer questões que giram em torno de:

- a) falta de informações e capacitação dos profissionais de saúde para abordagem e manejo desse tipo de paciente;
- b) dúvidas dos profissionais sobre interações medicamentosas e medicamentos/drogas;
- c) dificuldades apresentadas por esse tipo de usuário para aderir aos serviços e tratamentos propostos;
- d) falta de amparo intersetorial para execução de ações voltadas para essa população;
- e) dificuldade de relacionamento com os usuários de drogas, por conta de valores, conceitos e pré-conceitos que determinam o comportamento dos trabalhadores em relação àquela clientela.

Por fim, a violência associada ao cenário de uso de drogas é outro fator contribuinte por colocar em risco a integridade física e moral das pessoas, limitarem a adoção de medidas de proteção e dificultar ou mesmo impedir a execução de ações de prevenção ou de cuidado de modo geral, considerando que tal entendimento mobiliza medo nas pessoas, inclusive trabalhadores de saúde, e, conseqüentemente, o desejo de se manter afastados dos usuários de drogas. Pode-se perceber a importância de atuar nessa frente.

3.4 ANTIGOS E NOVOS PARADIGMAS

O quadro abaixo ilustra os paradigmas tradicionais da abordagem com usuários de álcool e outras drogas e as que são propostas pela política de Redução de Danos:

ANTIGOS PARADIGMAS – REDUCCIONISMO	NOVOS PARADIGMAS – REDUÇÃO DE DANOS
<p>Centrado em modelos fechados, sem a preocupação com a singularidade do sofrimento humano.</p> <p>O problema é resolvido com o desaparecimento do agente causal (a droga).</p> <p>Objetiva a eliminação do agente causal.</p> <p>Somente é necessária a participação daqueles que acreditam possuir o saber sobre o objeto em questão.</p> <p>Pedagogia do terror: amedrontamento e intimidação.</p> <p>Acredita-se na universalidade da solução.</p> <p>Exacerbação das advertências sobre os perigos advindos do consumo de drogas.</p> <p>Dificulta a formação de consciência crítica.</p> <p>Dificulta ampliar a percepção de risco.</p> <p>O enfoque é “FORA DE MIM”.</p> <p>Percebe o sujeito que sofre como “marginal”</p>	<p>Centrado no ser humano, respeita a subjetividade.</p> <p>O problema é resolvido quando se atinge o bem estar do ser humano que sofre.</p> <p>Objetiva o incremento dos fatores protetores e a redução dos fatores de risco.</p> <p>É necessária a participação de todos. Toda pessoa é parte inseparável da solução.</p> <p>Visão pedagógica: liberar a consciência para que seja possível elaborar autênticos projetos de vida.</p> <p>Acredita-se na contextualização de sua solução.</p> <p>Conteúdos objetivos, transmitidos com nitidez e serenidade, sem atitudes sensacionalistas ou moralistas.</p> <p>Facilita a formação de consciência crítica.</p> <p>Permite ampliar a percepção de risco.</p> <p>O enfoque é “COMIGO”.</p> <p>Busca resgatar o processo ativo de participação do sujeito na sociedade (cidadania).</p>

Fonte: Manual de Redução de Danos (AREDACRE, 2012).

3.5 NOVAS ESTRATÉGIAS E ABORDAGENS

A abordagem recomendada para uma educação preventiva, integral, verdadeira e eficiente necessita da coordenação de esforços de uma equipe interdisciplinar, fundamentado na compreensão dos sintomas sociais, que se interacionam ao consumo de drogas, como estilos de vida baseados no consumismo, preconceitos, estigmas e discriminação entre e para com os usuários.

Independente da linha teórico-metodológica adotada, inclusive a partir das primeiras abordagens que são executadas (abordagem inicial), existem habilidades que são comuns a todos os profissionais que pretendem estabelecer uma relação de ajuda. Essas habilidades auxiliarão o agente a melhorar a auto-observação profissional e a comunicação com sua população referenciada. Numa relação de ajuda, é importante que o agente tenha uma visão clara do que está acontecendo consigo mesmo, de modo a ter a isenção necessária para saber o que está acontecendo com o outro no trabalho de campo.

A abertura de novas frentes de trabalho – conhecida como “abertura de campo” – é um processo que pressupõe a conquista da confiança da população de UD e da comunidade em que ela se insere e o conhecimento dos códigos culturais e das linguagens utilizados por eles.

No início de uma abertura de campo, o papel do redutor é importantíssimo, pois ele é quem vai fazer a ponte entre a comunidade e a instituição que sedia o PRD (Programa de Redução de Danos). O redutor tem que dispor de bastante tempo para estar em campo, inclusive em horários diversificados, pois, só assim ele pode perceber aquelas áreas de maior concentração de UDs, de venda e de uso de drogas

para, a partir desse conhecimento, escolher os melhores momentos para atuar.

A abordagem de campo deve ser feita com base nas especificidades e características da população a ser trabalhada, previamente mapeada, e na dependência da qualidade do vínculo inicial estabelecido com ela.

A estratégia de empregar lideranças e pessoas oriundas da comunidade como agentes de campo (reduzidor de danos) é a maneira mais indicada, devido à familiaridade com a cultura, o que serve como elemento facilitador para o contato e oferece maior legitimidade às informações e discussões realizadas junto ao grupo. No entanto, técnicos bem capacitados e disponíveis para o enfrentamento das diferenças que marcam os indivíduos podem ser adequados ao trabalho, em especial se conseguem estabelecer um vínculo de confiança com a população que vão abordar.

Em última instância, podemos afirmar que será a relação estabelecida com a comunidade que dará legitimidade ao trabalho, assegurando-lhe maior efetividade, já que nem sempre o fato de ser oriundo deste segmento populacional assegura ao indivíduo os atributos e a legitimidade necessários para o desenvolvimento das ações de campo.

A qualidade da comunicação entre o trabalhador de saúde e a população acessada é fundamental para o sucesso do trabalho educativo feito em campo. A escuta atenta e respeitosa das demandas apresentadas, que muitas vezes irão transcender o tema das DST/AIDS/Hepatites Virais ou outros agravos à saúde, fará com que o indivíduo abordado se sinta à vontade para discutir suas vivências práticas e dificuldades cotidianas, possibilitando uma abordagem qualificada e aumentando a probabilidade de melhor conhecer e atuar junto a esta população.

É fundamental manter uma postura isenta de críticas e de pré-julgamentos, pautada no respeito às características de cada pessoa presente no campo de trabalho, para que os trabalhadores de saúde possam focalizar questões específicas com relação à saúde e outras demandas que possam imprimir necessidade de acionamento de rede intersetorial de cuidados, de modo a contribuir para a construção de um projeto coletivo que visa o benefício de toda aquela comunidade.

É preciso ainda que o redutor de danos reconheça a importância do trabalho que está fazendo, tenha objetivos e limites bem definidos, clareza e consciência do seu papel. Eventualmente, no trabalho de campo, o trabalhador se depara com sessões de uso. Esse é um dos momentos mais delicados, no qual o redutor deve ter e demonstrar tranquilidade e estar preparado para aceitar e conhecer os principais efeitos da droga. A aceitação da presença do redutor de danos em uma sessão de uso tem o significado de aceitação do redutor e do PRD por aquele grupo de usuários. Este é, fundamentalmente, um momento de observação e aprendizagem, fecundo para adquirir conhecimento sobre a vida concreta dos usuários. Os redutores de danos devem orientar o uso dos kits e o não compartilhamento destes materiais. Todavia, a experiência tem demonstrado que abordar o usuário na vigência da intoxicação é pouco efetivo. Melhor é fazê-lo quando o usuário está disponível objetiva, subjetiva e cognitivamente para receber informações.



Reflexão

Você já pensou em qual seria a sua atitude caso estivesse na situação descrita acima?

Muito problematizamos no entorno ao trabalho de campo da redução de danos, inclusive porque foi principalmente no território existencial dos usuários (e por meio do protagonismo destes) que aprendemos e amadurecemos os princípios, conceitos e estratégias da Redução de Danos. Todavia, é de crucial importância ressaltar que dentro dos serviços, no âmbito do cuidado cotidiano ofertado nos pontos de atenção do SUS, inclusive da RAPS, é plenamente possível e extremamente necessário se apropriar e utilizar estas estratégias, sob pena de fracassarmos em vincular a porção mais grave da clientela.

3.6 MOMENTO ATUAL DA ATENÇÃO AO USUÁRIO DE DROGAS

Uma parte da população de usuários de drogas vive em situação de risco social (a parte mais grave e mais vulnerável), sem acesso aos equipamentos sociais básicos necessários ao pleno desenvolvimento da cidadania, além da falta de emprego e demais meios de geração de renda. Também vive em níveis acentuados de pobreza, envolvimento com prostituição (inclusive exploração sexual infantil), vivendo sem infraestrutura sanitária, baixo nível socioeconômico e cultural. É necessário ampliar cada vez mais o conjunto de ações de integração e apoio às populações vulneráveis e excluídas, que são marginalizadas, desassistidas e desinformadas de métodos de prevenção e das vias de acesso aos insumos de prevenção.

Como já visto anteriormente, a AIDS e as Hepatites Virais são um grande problema de saúde pública que vem crescendo no mundo inteiro. Segundo dados do Ministério da Saúde (2008) estimam-se a existência de 45 mil a 65 mil portadores crônicos do vírus da Hepatite, ou seja, portadores de B, C e/ou B + Delta. A ingestão excessiva de álcool está associada a lesões hepáticas. Essas lesões incluem a esteatose hepática, hepatite alcoólica e cirrose hepática e estão relacionadas à duração e a quantidade de álcool ingerido. A cirrose é irreversível. Agravos decorrentes do consumo de álcool consistem no maior problema de

saúde relacionado ao uso de drogas no Brasil. A própria Organização Mundial da Saúde já apontou que nosso país, e na maioria dos países da América Latina, o consumo de bebidas alcoólicas é responsável por cerca de 8% de todas as doenças existentes. Esse custo social é 100% maior do que os países desenvolvidos como EUA, Canadá, e da maioria dos países europeus.



Link

Conheça mais informações a esse respeito acessando o site: <www.antidrogas.com.br>.

Segundo relatório mundial sobre drogas do escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC, 2013), o consumo de cocaína no Brasil aumentou “substancialmente” e atingiu 1,75% da população com idade entre 15 e 64 anos em 2011 - ante 0,7% da população em 2005. O Brasil faz fronteira com diversos países da América Latina tais como: Uruguai, Argentina, Paraguai, Peru, Bolívia, Colômbia, Venezuela e Guiana Francesa – os quais são responsáveis por 44% da produção mundial de cocaína, de acordo com estimativas do UNODC (2004). Estas condições geográficas e o fato de não sermos um país produtor de cocaína, torna esta região uma importante área para a rota do narcotráfico. É extremamente importante para a região desenvolver uma ação capaz minimizar as vulnerabilidades com relação ao consumo de drogas, identificando de forma ampla a extensão deste fenômeno nas áreas de fronteira com países do MERCOSUL.

3.7 DESAFIOS E PERSPECTIVAS

A experiência de criação de laços com usuários de álcool e outras drogas possibilita acesso a um conhecimento maior de sua realidade e da influencia direta das situações/consequências decorrentes deste consumo nas questões de saúde pública, de prevenção e adesão às propostas de cuidado. Em geral se criam protocolos e ideias sem a imer-

são necessária na realidade vivida pelos usuários e, principalmente, sem o diálogo e a escuta desta população.

Assim, um importante desafio é promover a aproximação adequada e estabelecer apropriada relação com a clientela referenciada. O que, como afirmado anteriormente, envolve: respeito, tolerância, flexibilidade, escuta qualificada e construção de sentido.

Outra questão fundamental é o conjunto dos trabalhadores de saúde pública avançar no sentido de superar atuação vigorosamente prescritiva e adotar a postura de construir/criar o cuidado em parceria com o usuário (usuário protagonista) e em seu contexto. Buscando focar seu trabalho em questões concretas de necessidades de saúde ou outras (referentes às demais políticas setoriais) para as quais os usuários demandem mediação institucional (como acessar programas do Sistema Único de Assistência Social – SUAS). Da mesma forma, é fundamental superarmos o “falso dilema” de que ofertar cuidado na perspectiva da redução de danos é estimular o uso de drogas. A população mais vulnerável de usuários de drogas não precisa de estímulo para usar drogas (já tem em sobra esta disposição), precisa, isso sim, de estímulo para se cuidar e se entender como cidadão de direitos. Estimular esta mudança é a proposta fundamental da Redução de Danos.

Como vimos no decorrer do curso, atualmente, observa-se importante avanço político, técnico, normativo e financeiro na estrutura do SUS e, especialmente, da RAPS com relação à proposta aqui apresentada. A Redução de Danos é indiscutivelmente reconhecida como tecnologia de excelente impacto e efetividade. Contudo, muito ainda há para se construir no sentido de implantar esta perspectiva no cotidiano do trabalho em saúde.

As ações de Redução de Danos acontecem dentro do contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e a ele convergem. A articulação entre gestores locais, sociedade civil e conselheiros de saúde tem a potência de conferir o respaldo necessário para a realização das ações, identificando as características e peculiaridades de cada região quanto ao consumo de álcool e outras drogas por sua população.

Diante dos desafios apontados no texto e da complexidade do tema abordado, entendemos de suma importância a integração entre ações e serviços do SUS com outros setores. A articulação em rede do campo da atenção e das políticas públicas setoriais dirigidas às pessoas que usam álcool e outras drogas - incluindo ações de advocacy quanto à importância do cuidado em saúde dirigido a esta população - está em consonância com os princípios da integralidade, universalidade, equidade e saúde como direito. O grande desafio no processo de construção é a definição das ações e condutas que possam desdobrar desta estratégia, servindo como ferramenta de intervenção, sensibilizando/preparando os profissionais de saúde a trabalharem com esta tecnologia, para melhor atender as populações consideradas vulneráveis no uso de drogas vinculadas ao trabalho de campo dos redutores de danos, fundamentais agentes de transformação nos territórios.

3.8 RESUMO DA UNIDADE

A estratégia de Redução de Danos propõe um quarto olhar, entendendo que o uso de drogas é um fenômeno complexo e que também deve ser visto pelo ponto de vista do conceito de cidadania, ou seja, como um direito. A Redução de Danos (RD) é entendida como um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é diminuir os prejuízos associados ao uso de drogas em pessoas que não podem, não conseguem ou não querem parar de usar drogas. Foca em ações de prevenção aos danos causados pelo consumo prejudicial, em vez da mera prevenção ao uso de drogas. A ideia é de também atender às pessoas que continuam usando drogas.

A RD complementa outras medidas que visam diminuir o consumo de drogas como um todo, como tratamentos terapêuticos ou medicamentosos e trabalho com a autoestima, a autodeterminação e o respeito ao usuário. É baseada na compreensão e constatação de que muitas pessoas, em diversos lugares do mundo, continuam usando drogas de modo prejudicial, apesar dos esforços feitos para prevenir o início ou o uso contínuo de drogas. É uma proposta para cuidar dos usuários que não conseguem se livrar delas, oferecendo opções que minimizem a possibilidade de riscos na continuidade do uso e, assim, evitar outros danos a eles próprios ou a outros.

A RD não defende o uso de drogas, mas a implementação de ações de informação, cuidado e controle, respeitando o indivíduo nas suas escolhas pessoais. Isso porque se baseia nos direitos humanos, que se aplicam a qualquer pessoa, inclusive àquelas que usam drogas. Elas devem ter seus direitos garantidos e respeitados, incluindo o direito ao melhor padrão de atendimento de saúde possível, aos serviços sociais, ao trabalho, aos benefícios dos avanços científicos e à liberdade.

Para os direitos humanos, a internação compulsória deve ser exceção, não regra. Deveria ser indicada para situações muito específicas, em que o usuário apresenta problema mental grave associado ao consu-

mo de drogas e risco de suicídio. Fora isso, não, visto que a grande maioria das pessoas que são internadas contra a vontade não muda sua relação com a droga. Se ela era prejudicial antes da internação, continuará assim depois dela.

3.9 LEITURAS COMPLEMENTARES

CARLINI-COTRIM, B. **A escola e as drogas:** o Brasil no contexto internacional. Tese (Doutorado em Psicologia Social) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1992.

COSTA, P. F. Aspectos legais de consumo. In: BUCHER, Richard. **As drogas e a vida.** São Paulo: EPU). 1988, p. 39-45.

MARLATT, G. A. **Redução de danos:** estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 1999.

PEREIRA, A.S.; WURFEL, R.F. **O uso de maconha como estratégia de redução de danos em dependentes de crack.** Aletheia, Canoas, n. 34, abr. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413> Acesso em: 08 mai. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. **ABC da redução de danos.** Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssau-de/programas/aids/r-manualred.pdf>> Acesso em: 08 mai. 2014

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, M. **Escala de avaliação da sobrecarga dos familiares** (FBIS-BR). Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/lapsam/sobrecarga_familiar.php> Acesso em: 10 mai. 2013.

BRASIL. **Legislação em saúde mental 1990-2004a**. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. **Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, Ministério da Saúde, 2ª ed. 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. 1. ed. em português, ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004d. 144 p.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância Epidemiológica. **Hepatites Virais: O Brasil está atento**, 3.ed, Brasília: Ministério da Saúde, 2008, 60p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a clínica ampliada**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 18p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. **Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRUSCHINI, M. C. **Uma abordagem sociológica da família**. ABEP, v. 06, n. 01, jan./jul, 1989.

CAMPOS, M.A., SIQUEIRA, D.J.R., BASTOS, F.I. Drogas e Redução de Danos: Abordagens para pessoas vivendo com HIV e Aids. In: PINHEIRO, R.M., SILVEIRA, C., GUERRA, E., (Org) **Drogas e Aids: Prevenção e Tratamento**. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2001.

DA SILVEIRA, D.X.; GORGULHO, M.; SILVEIRA, E. D. Factors related to AIDS risk behavior among drug addicts in Brazil. In: **10th International Conference on Harm Reduction Related to Drug Use**, 1999. Genebra, 1999.

FENDER, S. A. A importância do envolvimento de familiares no tratamento de dependentes de drogas: uma experiência no PROAD. In: SILVEIRA FILHO, D. X. **Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias: uma experiência do PROAD**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

GONÇALVES, A. M; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Am Enfermagem**, v.9, n.2, p, 48-55, mar. 2001.

LIMA, R.C.C.. Políticas sociais públicas e centralidade da família: implicações para a assistência na área de álcool e outras drogas. In. ALARCON, S.; MARCO A.S.J. (Org.). **Álcool e Outras Drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 171-190.

MARLATT, G.A. **Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: ARTMED; 1999.

MELMAN, J. **Família e Doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo, 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Milão: Organização Pan Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2001.

PAYÁ, R.; FLIGLIE, N.B. Abordagem familiar em dependência química. p. 339-358. In: FIGLIE, N.B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004.

ROSA, LCS. **Transtorno mental e o cuidado na família**. SP: Cortez, 2003.

----- . Provimento de cuidado doméstico à pessoa com transtorno mental: a questão de gênero em evidência. p.183-205. In: VASCONCELOS, E.M. (Org). **Abordagens psicossociais**, São Paulo: Hucitec, v.3, 2009.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: TeCorá, 1999.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report. **World Drug Report Includes Latest Trends**, Analysis And Statistics, 2004. Disponível em: <://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2004.html> Acesso em: 07 mai. 2014

VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da dor e da opressão**: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

----- . Cenário econômico, social e psicossocial no Brasil recente, e a crescente difusão do crack: balanço e perspectivas de ação. In: **O Social em questão**. RJ: PUC-RIO, a. XV, n. 28, 2012, p. 149-168.

WEINGARTEN, R. **O movimento de usuários em saúde mental nos Estados Unidos**: história, processos de ajuda e suportes mútuos e militância. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, Projeto Transversões, 2001.

ZABLOTSKA, I.B. Alcohol use before sex and HIV acquisition: a longitudinal study in Rakai. Lippincott Williams & Wilkins, Inc. Uganda 2006.

Filmografia

Cortina de Fumaça. Direção: Rodrigo Mac Niven, Brasil, 2009. 2009. Duração: 94 min.

Quebrando o tabu. Brasil, 2011. Direção: Fernando Grostein Andrade. Duração: 79 min.

Bicho de Sete Cabeças. Brasil, 2001. Direção: Laís Bodanzky. Duração: 74 min.

Réquiem para um sonho. E.U.A, 2000. Direção: Darren Aronofsky. Duração: 102 min.

Diário de um adolescente. E.U.A,1995. Direção: Scott Kalvert. Duração: 100 min.

“Uma dose de amor”. E.U.A, 1992. Direção: Ken Olin. Duração: 92min.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

ASSOCIAÇÃO ACREANA DE REDUÇÃO DE DANOS. **Manual de Redução de Danos**. Acre: AREDACRE, 2012.

ALVES, J.A. O. **A Manual de Redução de Danos: Ética e Técnicas**. Redutor de Danos. Rio de Janeiro, 2006

AYRES, J.R.C.M. **Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais**. Interface (Botucatu). Botucatu, v.6, n.11, Ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000200002&lng=en&nrn=iso>. Acesso em: 08 Mai. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Série E. Legislação da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 3ed. 2006, 28p.

_____. Ministério da Saúde. **A Experimentação da Clínica Ampliada na Atenção Básica de Saúde: Articulando Princípios, Diretrizes e Dispositivos em Cotidianos Complexos**. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 165 – 178.

_____. Ministério da Saúde. **O Projeto Terapêutico Singular**. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. p. 93 – 104.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Depar-

tamento de Atenção Básica. Saúde mental. **Cadernos da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.176 p.

BUCHER, R. **Drogas e Sociedade nos tempos da AIDS**. Brasília: UNB, 1996, p. 09 à 130.

CASSEL, E. J. **The nature of suffering**. New York: Oxford University Press, 2004.

CRUZ., M. **Redução de danos**: Redes de atenção e cidadania. Macapá, 2006.

CZERESNIA D, et al. **O conceito de Vulnerabilidade e as práticas de saúde**: novas perspectivas e desafios na Promoção da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-39.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. Coleção Políticas do Desejo. São Paulo: Hucitec, cap.3, 2007.

LIMA, R.C.C. O problema das drogas no Brasil: revisão legislativa nacional. In: Libertas. Juiz de Fora: **Revista da Faculdade de Serviço Social/UFJF**, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, v. 10, n.1, 2010.

LIMA, H. et al. **Manual de Referência para Atendimento integral a Usuários de Drogas**: Vivendo com HIV/AIDS – Região Norte p/ profissionais de Saúde –REARD/PRD/ACRE/ABORDA. Rio Branco (AC), 2005.

MENDES, A et al. **Marco Legal da Redução de Danos no Estado do Acre**. Rede Acreana de Redução de Danos e Programa de Redução de Danos do Acre, 2006.

NICACIO, M. F. Da instituição negada à instituição inventada. In: Lancetti, A. (Org.) **Saúde Loucura 1**. São Paulo: HUCITEC, 1989, p. 91-108.

RIBEIRO, M. M. **Drogas e Redução de Danos**: Análise crítica da legislação sobre drogas. 2012, 37.f, Tese (Doutor em Direito). Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

SZTERENDEL, C. **Manual Do Curso “Educando Em Drogas & Aids”**. Programa Integrado de Marginalidade – PIM. Rio de Janeiro, 1998.

VASCONCELOS, E. M. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. **Revista Vivência** (CCHLA-UFRN), Natal, n. 32, 2007, p. 173-206.

MINICURRÍCULO

Fátima Büchele (Organizadora)

Professora Associada do Departamento de Saúde Pública - Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina. Professora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Linhas de Pesquisa concentrada em Saúde Mental, Dependência Química e suas Representações Sociais.

Endereço do currículo na plataforma lattes:

<http://lattes.cnpq.br/0874055040130351>.

Magda Diniz Bezerra Dimenstein (Organizadora)

Professora Titular da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Graduada em Psicologia pela UFPE (1986), Mestre em Psicologia Clínica pela PUC/RJ (1994) e Doutora em Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ (1998). Realizou Estágio Pós-Doutoral na Universidad Alcalá de Henares na Espanha. Está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia/UFRN, orientando alunos de Mestrado e Doutorado. Bolsista 1B do CNPq. É membro do GT/ANPEPP - Políticas de Subjetivação e Invenção do Cotidiano. Atua na área de Saúde Coletiva com ênfase em Saúde Mental, Atenção Primária e Formação do Psicólogo.

Endereço do currículo na plataforma lattes:

<http://lattes.cnpq.br/9681334300604531>

Roberto Tykanori Kinoshita (Unidade 1)

É graduado em Medicina pela Universidade de São Paulo(1983), doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas(2001) e tem residência-medica pela Universidade de São Paulo(1986). Atualmente é médico da Prefeitura Municipal de Santos, Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo e Revisor de periódico da Interface (Botucatu. Impresso). Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Psiquiatria. Atuando principalmente nos seguintes temas: psiquiatria, saúde mental, políticas de saúde mental, saúde coletiva, serviços de saúde e suicídio.

Endereço do currículo na plataforma lattes:

<http://lattes.cnpq.br/6843487372064578>

Lucia Rosa (Unidade 2)

Possui graduação em pela Faculdade de Serviço Social de Piracicaba (1985), mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (1994), doutorado em pela Universidade Federal de Pernambuco (2000) e doutorado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2000). Atualmente é vice presidente da regional norte 2011-2012 da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social e professor adjunto da Universidade Federal do Piauí. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, reforma psiquiátrica, família, políticas públicas e assistência psiquiátrica. Pós doutora em Saúde Coletiva pela Unicamp (2012)

Rita Cavalcante (Unidade 2)

Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2009), Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (2000), Especialista em Saúde Mental pela Escola Nacional de Saúde Pública (1995) e Graduada em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1992). Desde fevereiro de 2001, tornou-se docente da Escola de Serviço Social da UFRJ. Atualmente é Professora Adjunta II da Universidade Federal do Rio de Janeiro e pesquisadora das políticas públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas. Participa do Projeto Integrado de Pesquisa Transversões. Foi Tutora do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ), na área do Serviço Social, de 2010 a 2012. Foi tutora do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) Saúde, Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas, promovido pelos Ministérios da Saúde e da Educação ao longo de 2011. Como representante do CRESS RJ, participa do colegiado do Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas (CEPOPD RJ). Desenvolve supervisão institucional e consultoria nas áreas da saúde mental e da assistência social relacionadas ao uso indevido de álcool e outras drogas. Os principais temas de interesse no momento são: proibicionismo às drogas, políticas sociais públicas, álcool e outras drogas, integralidade e Serviço Social.

Endereço do currículo na plataforma lattes:

<http://lattes.cnpq.br/7257538417951080>

Domiciano Siqueira (Unidade 3)

Presidente da Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA). Profissional voltado às áreas de Saúde, Educação e Justiça com sólida experiência no setor, junto às organizações governamentais, não governamentais e de iniciativa privada; vivência em treinamentos, elaboração de programas de prevenção, levantamento de necessidades e implantação e coordenação de projetos de vanguarda promovendo a inserção, manutenção e avaliação de trabalhos, racionalizando custos e otimizando programas já existentes; atuação em programas de Redução de Danos, visando a diminuição na propagação de doenças (DSTs), e a melhoria de vida na população de usuários de drogas (UDs), como a troca de seringas, distribuição de insumos e acima de tudo informações; assessoria em organização de eventos na área de Redução de Danos, Direitos Humanos e outros. Diversos cursos, participação em Congressos, Seminários e Fóruns complementam o conhecimento profissional.



Ministério da
Saúde

**Governo
Federal**