

As redes comunitária e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas

SUPERA



Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas:
Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento

ERA D SUPERA

Biblioteca - Ministério da Justiça



MJU00059979D19



Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Gabinete de Segurança Institucional



615.7822
S623P
V. 6
DEP. LEGAL

Módulo 6

As redes comunitária e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas

01. Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas: alternativas e reinserção social
02. A participação da família na prevenção e no tratamento: o papel dos pais e dos cônjuges
03. A rede de saúde na assistência a usuários de drogas: papel das UBS, CAPSad, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos
04. O vínculo necessário entre a Saúde Mental e o PSF na construção da rede de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas



PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
Gabinete de Segurança Institucional
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

As redes comunitária e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas: módulo 6

Coordenação do módulo Marcelo Santos Cruz

Brasília
2008

1154308
015.7822
SGAP
Vol. 6
Dep. Legal

MJ - BIBLIOTECA

**As redes comunitária e de saúde no
atendimento aos usuários e dependentes de
substâncias psicoativas: módulo 6**

Presidente da República
Luiz Inácio Lula da Silva

Vice-Presidente da República
José Alencar Gomes da Silva

Ministro Chefe do Gabinete de Segurança Institucional
Jorge Armando Felix

Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas
Paulo Roberto Yog de Miranda Uchôa



PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
Gabinete de Segurança Institucional
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

As redes comunitária e de saúde no
atendimento aos usuários e dependentes de
substâncias psicoativas: módulo 6

Coordenação do módulo Marcelo Santos Cruz

Brasília
2008

SUPERA - Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento
Coordenação de Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

© 2008 Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, Departamento de Psicobiologia, Departamento de Informática em Saúde - Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.
Disponível em: CD-ROM
Disponível também em: <<http://www.supera.org.br/senad>>
Tiragem desta edição: 5.500 exemplares
Impresso no Brasil/ Printed in Brazil
Edição: 2008

Planejamento visual e gráfico: Laboratório de Educação a Distância do Departamento de Informática em Saúde da UNIFESP

Elaboração, distribuição e informações:

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD
Esplanada dos Ministérios - Bloco "A" - 5º andar - sala 523 - CEP 70050-903
Brasília - DF www.senad.gov.br
Unidade de Dependência de Drogas (UDED) - Departamento de Psicobiologia - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Rua Napoleão de Barros, 1038 - Vila Clementino - 04024-003 - São Paulo . SP
Linha direta SUPERA - Fone/Fax: 0800 770 1757
Homepage: www.supera.org.br/senad e-mail: faleconosco@supera.org.br

R314

As Redes comunitária e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas: módulo 6 / coordenação do módulo Marcelo Santos Cruz. - Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.

48 p. (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação geral Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni)

ISBN 978-85-60662-13-5

1. Transtornos relacionados ao uso de substâncias/prevenção e controle I. Cruz, Marcelo Santos II. Duarte, Paulina do Carmo Arruda Vieira III. Formigoni, Maria Lucia Oliveira de Souza IV. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas V. Série.

CDD - 615.7883

SUPERA

6
módulo

AS REDES COMUNITÁRIA E DE SAÚDE NO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS E DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Coordenação: Marcelo Santos Cruz

SUMÁRIO

Objetivos de ensino	1
CAPÍTULO 1: Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas: alternativas e reinserção social	2
Introdução	2
Sinais Indiretos	3
O que fazer ?	3
Reinserção Social	7
Projeto de Vida	8
Desenho do Projeto de Vida	9
Conclusão	14
Bibliografia Consultada	15
Atividades	16
CAPÍTULO 2: A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas: o papel dos pais e dos cônjuges	17
O que é a "FAMÍLIA"?	17
A participação da família na prevenção ao abuso de álcool e outras drogas: O PAPEL DOS PAIS E CÔNJUGES	19
Fatores de risco e proteção na família	21
A participação da família no tratamento da dependência de álcool e outras drogas	23
Conclusão	26
Bibliografia Consultada	27
Atividades	29
CAPÍTULO 3: A rede de saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: papel das UBS, CAPSad, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos	30
Introdução	30
O papel dos CAPS	36
E o que são os CAPS ad?	38
Bibliografia Consultada	40
Atividades	41
CAPÍTULO 4: O vínculo necessário entre a saúde mental e o PSF na construção da rede de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas	42
Bibliografia Consultada	48

Objetivos de ensino

Ao final do módulo, os participantes do curso deverão estar aptos a:

- Realizar a Avaliação Social e promover a Reinserção Social de pessoas dependentes de drogas;
- Conceituar família e analisar sua participação na prevenção do uso de drogas e no tratamento da dependência;
- Enumerar as características, a forma de atuação e as vantagens da utilização da rede de Saúde na assistência a usuários de drogas;
- Reconhecer a importância da construção conjunta e contínua da rede de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.



1. Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas: alternativas e reinserção social
2. A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas: o papel dos pais e dos cônjuges
3. A rede de saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: papel das UBS, CAPSad, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos
4. O vínculo necessário entre a saúde mental e o PSF na construção da rede de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas

CAPÍTULO 1: Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas: alternativas e reinserção social

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

Tópicos

1. Introdução
2. Sinais indiretos
3. O que fazer?
4. Reinserção Social
5. Projeto de Vida
6. Desenho do Projeto de Vida
7. Conclusão

Introdução

A Avaliação Social em pessoas com dependência de álcool e outras drogas é, na maioria das vezes, a porta de entrada do dependente para o tratamento, uma vez que o problema com o álcool e outras drogas é trazido, em geral, num contexto que envolve outras carências. As exceções são aqueles que procuram ou são levados diretamente a um serviço médico.

Em geral, o abuso e a dependência de álcool e outras drogas são camuflados por inúmeros sintomas de dificuldades sociais, cuja natureza é muitas vezes vista pela sociedade como **problemas de comportamento** ou de **"destino"** do usuário.



Como o processo de abuso ou o estabelecimento da dependência não ocorrem "da noite para o dia", é natural que, a princípio, não se perceba nada de "anormal" no comportamento do usuário. Pais, empregadores, colegas, cônjuges, etc. encaram com naturalidade certos episódios de "esquisitices".

Com o passar do tempo, observando o comportamento da pessoa, se nota que as "esquisitices", as variações de humor e as atitudes diferentes passam a ocorrer com maior frequência e as pessoas mais próximas percebem que algo errado está acontecendo, porém, não conseguem explicar.

O que sentem é que aquele indivíduo está passando por uma "transformação".

CAPÍTULO 1: Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas: alternativas e reinserção social

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte



Sinais Indiretos

Problemas de toda a ordem começam a aparecer:

- Dificuldade de relacionamento das filhas com os pais e diminuição do desempenho com nos estudos;
- A esposa já não reconhece naquele homem, com quem partilha a vida há anos, a pessoa com quem se casou;
- O chefe busca com afincos as razões para as ausências e o "desleixo" por parte daquele empregado, até pouco tempo, competente e responsável.

Inúmeras explicações são utilizadas para compreender o que se passa. Porém, dificilmente tais alterações são percebidas como relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas ou então, esta relação, embora identificada, é diminuída pela utilização de mecanismos de defesa.



O que fazer?

A evolução do quadro do usuário e sua visível deterioração pessoal fazem com que as pessoas próximas fiquem ansiosas, quanto à necessidade de fazer alguma coisa. Desorientadas, experimentam sentimentos ambivalentes, que se traduzem em ações contraditórias de proteção e de exclusão do usuário.

Este é o quadro que o profissional vai encontrar ao receber para atendimento um usuário abusivo ou dependente de álcool e outras drogas. Além do diagnóstico médico, é fundamental considerar aquele paciente, não apenas como um ser biológico, mas eminentemente um ser social, cuja rede de interação e relações foi intensamente prejudicada no período de ingestão da droga.

CAPÍTULO 1: Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas: alternativas e reinserção social

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

**1º Passo****Acolhimento**

Este é o primeiro momento da Avaliação Social.

É quando o profissional, diante do caos aparente em que está a vida do paciente, consegue fazer junto com ele uma leitura positiva de toda a situação, concluindo que o trabalho a ser feito **“é difícil, mas é possível”**, diferente de **“é possível, mas é difícil”**.

Esse indivíduo deve, no primeiro atendimento, sentir-se acolhido pelo profissional, que ali representa a alternativa real de mudança na sua vida. O profissional então, deve assumir uma **postura que transmita esperança, sem soluções mágicas**.

A possibilidade de estabelecer uma parceria para o trabalho de recuperação do paciente deve ser uma constante.

**2º Passo****História de vida**

Na seqüência, o profissional deve, em conjunto com o paciente, mapear a vida dele em **5 aspectos fundamentais**:

- a. vida pessoal e familiar
- b. vida funcional
- c. vida econômico-financeira
- d. vida sócio-comunitária
- e. vida espiritual

A. Vida Pessoal e Familiar:

Uma história elaborada a partir da coleta de dados sobre a família de origem, a **sua** vida passada, a formação ou a dissolução da família atual; a dinâmica do relacionamento, o desempenho dos papéis familiares; o relacionamento com álcool e outras drogas por outros membros da família.

CAPÍTULO 1: Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas: alternativas e reinserção social

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

B. Vida Funcional:

Uma análise feita de acordo com a condição do paciente.

Se ele está desempregado ou não tem qualquer grau de profissionalização deve-se pesquisar a escolaridade, os interesses, as habilidades e os conhecimentos práticos. Experiências de trabalhos formais e informais já realizados por ele, mesmo que há muito tempo, podem trazer à tona suas potencialidades e talentos adormecidos.

Se o paciente possui um trabalho regular é fundamental conhecer a sua visão sobre o trabalho que faz e a empresa, o seu grau de motivação para aquele trabalho, a responsabilidade com que o faz; a sua visão sobre seu relacionamento com os colegas, chefias ou subordinados; o seu índice de absenteísmo (faltas) e o seu comportamento frente à segurança no trabalho, incluindo o número de acidentes sofridos ou causados (principalmente aqueles que ocorreram sob o efeito de álcool ou outras drogas).

C. Vida Econômico-financeira:

Levantamento criterioso das condições financeiras e econômicas do paciente. Se ele possui bens compatíveis com o aquilo que ele ganha; se possui dívidas e, neste caso, como foram contraídas; o uso ou o destino que dá ao dinheiro, independente do quanto ganha ou possui.

Para aqueles em estado de carência, é importante investigar se no passado apresentavam condições econômico-financeiras diferentes.

D. Vida Sócio-comunitária:

Uma análise do grau de alteração no relacionamento com amigos antigos, especialmente com aqueles amigos de outros membros da família; se houve alteração no relacionamento com vizinhos ou mudança de endereço por problemas com vizinhança; se participa de atividades na comunidade, como associação de moradores, de pais e mestres ou outras associações culturais e de lazer; se teve ou tem algum envolvimento com a polícia ou a justiça, e se isto está relacionado ao uso da droga.

E. Vida Espiritual:

Identificação da orientação espiritual do paciente, independente de religião ou credo, de suas crenças, sonhos e propósitos de vida.

Importante!!

Importante ressaltar que as informações de terceiros, como familiares, empregador, amigos, etc. podem ser necessárias e úteis, desde que levadas ao conhecimento do paciente. Lembrando ainda que **conhecimento** não é sinônimo de **consentimento**. O profissional deverá ter sensibilidade e habilidade para utilizar a melhor forma de dizer ao paciente que buscou ou recebeu outras informações, além daquelas que ele lhe forneceu.



CAPÍTULO 1: Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas: alternativas e reinserção social

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte



Resumindo...

A Avaliação Social, além de mapear as reais condições sociais do paciente e fornecer elementos para o plano de tratamento, é também o primeiro passo para a sua **reinserção social**, pois levanta potencialidades, interesses e expectativas que poderão ser trabalhadas no tratamento e transformadas em ações gradativas, dependendo do estágio de recuperação.

MODELO DE AVALIAÇÃO SOCIAL	
Vida Pessoal e Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Vida Progressiva; • Relacionamento familiar; • Papéis familiares; • Relacionamento com álcool e outras drogas.
Vida Funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Motivação para o trabalho; • Responsabilidade; • Produtividade; • Absenteísmo, ou seja, faltas ao trabalho; • Relacionamento Interpessoal; • Segurança.
Vida econômico-financeira	<ul style="list-style-type: none"> • Situação financeira e econômica; • Uso do dinheiro.
Vida sócio-comunitária	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento com amigos comuns à família; • Relacionamento com vizinhos; • Atividades na comunidade; • Envolvimento com a justiça e a polícia.
Vida espiritual	<ul style="list-style-type: none"> • Orientação espiritual; • Crenças; • Sonhos; • Propósitos de vida.

- A Avaliação Social é a leitura técnica e objetiva dos aspectos sociais envolvidos na relação do usuário com a droga;
- Pressupõe uma impressão diagnóstica, isenta de opinião pessoal por parte do profissional;
- Acompanha todo o processo terapêutico sugerindo, caso haja necessidade, o redirecionamento de ações;
- Dá início ao processo de reinserção social.

CAPÍTULO 1: Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas: alternativas e reinserção social

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

Reinserção Social

Diz-se que, mesmo depois de um rio cair no oceano, treme de medo. Olhar para trás, para toda jornada, os cumes, as montanhas, o longo caminho sinuoso através das florestas, Através dos povoados, e vê a sua frente um oceano tão vasto que Entrar nele, nada mais é do que desaparecer para sempre. Mas não há outra maneira. O rio não pode voltar, nem Você pode voltar. Voltar é impossível na existência: Você pode apenas ir em frente. O rio precisa se arriscar e entrar no oceano. E, somente quando ele entra no oceano, o medo desaparece, Porque o rio saberá que não se trata de desaparecer no oceano. Por um lado é desaparecimento, mas por outro lado é uma Tremenda ressurreição.”
(Autor anônimo)

Para entender o processo de **Reinserção ou Reintegração Social** é necessário retomar o conceito de exclusão, definido como “o ato pelo qual alguém é privado ou excluído de determinadas funções” (Dicionário Aurélio, 1986).

A **exclusão social** implica numa dinâmica de privação, por falta de acesso aos sistemas sociais básicos, como família, moradia, trabalho formal ou informal, saúde, entre outros. Ela é um processo imposto à vida do indivíduo, que estabelece uma relação de risco com algum tipo de droga. A fronteira para a exclusão é delimitada pelo início dos problemas sociais.

Importante!

A **reinserção** assume o caráter de **reconstrução das perdas** e seu objetivo é a capacitação do paciente para exercer em plenitude seu direito à cidadania. O exercício da cidadania para o paciente em recuperação significa o estabelecimento ou resgate de uma rede social inexistente ou comprometida pelo abuso ou dependência do álcool ou outras drogas. Nesse cenário, ajudar o paciente a entrar em abstinência ou alterar o seu padrão de consumo deixa de ser o objetivo maior do tratamento. Assim como as técnicas de prevenção à recaída representaram, nos últimos anos, grande avanço no tratamento do paciente, a sua reinserção social torna-se, neste milênio, o grande desafio para o profissional que se dedica à área de dependências químicas.



**CAPÍTULO 1: Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas:
alternativas e reinserção social**

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

"Viver longe da droga não é o suficiente. É preciso redescobrir o gosto e o sentido da vida".

O processo de reinserção começa com a avaliação social, momento em que o profissional mapeia a vida do paciente em aspectos significativos, que darão suporte ao seu novo **projeto de vida**, desenhado a partir das suas características pessoais e da etapa do tratamento em que se encontra. Ao entrar em abstinência ou alterar o padrão de consumo, pelo tratamento (independente da sua modalidade), o paciente é exposto às demandas do mundo externo com todas as suas contradições. Sentimentos de rejeição, insegurança, culpa, incapacidade, entre outros, irão colocá-lo em freqüentes situações de risco.

Importante!

Por isso, já no primeiro contato, o profissional deverá assumir uma postura de **acolhimento do paciente**, na qual a atitude solidária e a crença na capacidade dele para construir e ou restabelecer sua rede social irão determinar a construção de um vínculo positivo entre profissional de saúde e paciente. É uma parceria, na qual a porta para a ajuda estará sempre aberta, desde que o trânsito seja "de mão dupla". Assim, o profissional e o paciente devem entender a reinserção social como um processo longo e gradativo que leva, inicialmente, à superação dos próprios preconceitos, nem sempre aparentes, como a visão de que o paciente é um "coitado" ou uma "vítima".



Os assuntos individuais e sociais de maior importância devem ser discutidos abertamente, com o objetivo de estimular uma consciência social e humana mais participativa. É nessas discussões que se percebe a energia vital manifestada, de forma quase milagrosa.

Projeto de Vida

O **Projeto de Vida** deve considerar, principalmente, o que o paciente espera conseguir e suas possibilidades reais, dando grande importância às suas escolhas pessoais, à sua responsabilidade pelas decisões e aos comportamentos futuros. O **Projeto de Vida** deve ser personalizado, isto é, único para cada paciente, e respeitar a etapa do tratamento em que ele se encontra, lembrando que uma ou mais revisões do projeto de vida poderão ocorrer, dependendo da evolução do processo terapêutico.

**CAPÍTULO 1: Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas:
alternativas e reinserção social**

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

PREMISSAS DO PROJETO DE VIDA**Continuidade do Tratamento**

O paciente deve estar convencido de que seu tratamento não termina com a abstinência ou a alteração dos seus padrões de consumo. A continuidade do tratamento (qualquer que seja) é um espaço para a obtenção de suporte para lidar com as situações de risco.

Mudança do Estilo de Vida

A disponibilidade e a motivação do paciente para a mudança do seu estilo de vida, que envolve principalmente a reformulação de hábitos e valores adquiridos no período de ingestão de álcool e outras drogas. O ingresso em grupo de mútua ajuda e/ou grupo de apoio no local de trabalho é de grande valia e pode funcionar como fator de proteção.

Metas Atingíveis

O estabelecimento das metas do projeto deverá ser feito após uma leitura realista e objetiva das questões trazidas à discussão. É prudente começar com metas modestas, cujo alcance irá fortalecer a auto-estima do paciente e a crença na sua capacidade de construção de uma nova realidade, na qual cada passo deve ser valorizado e cada tropeço analisado cuidadosamente.

Estabelecimento e/ou Resgate de Rede Social

O abuso e a dependência do álcool e outras drogas expõem o paciente a rupturas progressivas com a família, os amigos, o trabalho, a escola e a comunidade. É preciso resgatar e/ou estabelecer novas redes de socialização. O profissional e o paciente devem investir conjuntamente na busca e na valorização de elementos que possam compor a **rede de apoio** para o processo de reinserção. Estes elementos podem ser: pessoas, instituições públicas ou privadas, e outras organizações sociais, que possam oferecer apoio nas situações de risco.

Desenho do Projeto de Vida

A elaboração do **Projeto de Vida** implica no estabelecimento de ações contínuas que interligam, de forma harmônica, os aspectos necessários ao estabelecimento ou ao resgate da rede social do paciente.

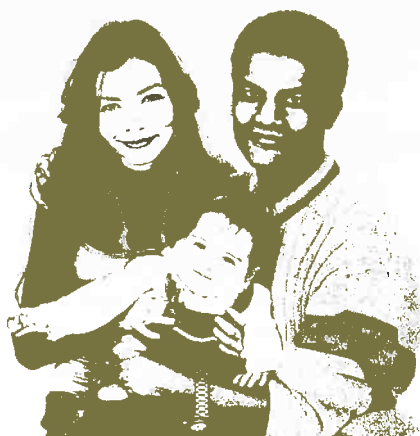
Para um melhor entendimento, demonstramos a **seguir**, em forma de diagrama esta **inter-relação**:

CAPÍTULO 1: Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas: alternativas e reinserção social

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte



Não existe aspecto da vida do paciente que tenha maior ou menor importância. O que ocorre é que, em determinado momento, algum aspecto pode estar precisando de uma atenção ou ação mais específica, daí a idéia da inter-relação harmônica. Por exemplo: Um paciente que está em processo de separação judicial irá necessitar de maior reforço nos vínculos com outros familiares como pais, irmãos, filhos, etc.



ASPECTOS FAMILIARES

É na **família** que o indivíduo aprende a se relacionar com o mundo. Este aprendizado, mesmo comprometido pelo abuso ou dependência de álcool e outras drogas, se impõe ao paciente como referencial de comportamento e atitude diante da vida.

CAPÍTULO 1: Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas: alternativas e reinserção social

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

Em geral, a família do paciente que faz uso abusivo ou é dependente de álcool e outras drogas é uma família em crise, cuja resolução vai depender da disponibilidade de seus componentes para aceitar um processo de mudança. Tal como o paciente, a família pode aprender novas maneiras de viver, abandonando comportamentos negativos e assumindo comportamentos positivos em relação a si e ao paciente. Você verá mais adiante como a família pode colaborar no processo de recuperação do paciente.

Veja no **quadro**, alguns comportamentos positivos e negativos que a família pode ter em relação ao paciente:

Comportamentos negativos	Comportamentos positivos
Vigilância Perseguir para vigiar o paciente.	Reconhecimento Valorizar pequenas conquistas.
Agravamento Dramatizar situações de risco, lapsos e recaída, vividos pelo paciente.	Disponibilidade Mostrar-se solidário e comprometido com o processo de recuperação.
Culpa Reprovar e recriminar as atitudes e as iniciativas do paciente.	Diálogo Ouvir, discutir e refletir em conjunto com o paciente.
Indiferença Fingir que não dá importância ao problema.	Acolhimento Demonstrar afeto e compreensão pelo paciente e pela sua situação.
Vitimização Fazer de si próprio uma vítima do paciente ou do seu problema.	Inexistência de soluções mágicas Conscientizar-se de que a recuperação é um processo longo e gradativo.
Passividade Submeter-se a chantagens ou ameaças do paciente.	Limites Impor um mínimo de regras ou disciplina.

A adoção de uma postura positiva pela família favorece o restabelecimento de uma relação de confiança com o paciente, possibilitando-lhe a retomada dos papéis familiares, fortalecendo-lhe a auto-estima e incentivando-o a lançar-se em novos desafios. Para alguns pacientes, a participação conjunta em grupos de auto-ajuda ou associações e projetos comunitários pode ser considerada como ferramenta de reinserção no ambiente familiar e funcional.

Na ausência de familiares, deve-se buscar uma figura de referência para o paciente, com quem ele possa estabelecer ou retomar um relacionamento afetivo. Essa figura pode estar representada por um colega de trabalho, um chefe, um vizinho ou um amigo que, a exemplo do "padrinho" de alcoólicos anônimos, irá representar para o paciente um vínculo com a possibilidade de recuperação.

Aspectos profissionais

Culturalmente, o "valor" de uma pessoa ou a sua dignidade está diretamente ligado à sua capacidade de produção. Desenvolver uma atividade formal ou informal é, para o paciente que faz uso abusivo ou é dependente do álcool ou outras drogas, quase tão importante quanto a manutenção da abstinência ou a alteração dos padrões de consumo.

CAPÍTULO 1: Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas: alternativas e reinserção social

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

A discriminação quanto à sua capacidade de estar apto para o trabalho faz com que ele experimente sentimentos ambivalentes de fracasso e de sucesso. A revisão de função ou de atividades desenvolvidas pelo paciente poderá ser necessária ou sugerida pela empresa. Neste caso, o paciente deverá ser preparado para entender a nova realidade, na qual a percepção sobre os riscos da função é utilizada no balanço das razões para a determinação da mudança. Essa mudança deve ser vista, pelo paciente, como um passo adiante na manutenção de sua abstinência ou alteração de padrão de consumo e na renovação do seu compromisso com a retomada da condição perdida. Como exemplo, pode-se analisar a situação de um motorista que, após o internamento, retorna ao trabalho exercendo atividades internas em serviços administrativos.

Esta alteração na condição do paciente deve considerar que:

- Ele deve ser fortemente estimulado à participação em grupo de apoio e ao resgate dos amigos;
- A indicação de voltar aos estudos ou freqüentar cursos profissionalizantes e de aprimoramento também favorece a sua reinserção e melhora sua chance de conseguir um emprego, ou se manter nele.

**Importante!**

Para pacientes desempregados e/ou desprovidos de qualificação profissional, é necessária uma cuidadosa avaliação de potencialidades, escolaridade e habilidades. Aliada às expectativas do paciente, a avaliação vai permitir um "retrato" de sua condição e o traçado de metas atingíveis, observando que:

- Trabalhos temporários e informais, assim como a baixa remuneração, não devem ser vistos como fracasso, mas como uma conquista a ser valorizada;
- A inscrição do trabalhador em programas sociais do governo poderá ser a porta de acesso a outros benefícios, como melhoria da escolaridade e da qualificação profissional;
- Programas de voluntariado também são recomendados como forma de socialização e de exercício da solidariedade e da cidadania.

Aspectos Econômicos e financeiros

É implícito que, durante os anos de ingestão de álcool e outras drogas, haja perdas financeiras. Portanto, seria simplista pensar que a reinserção social do paciente não implique numa recuperação dessas perdas. O primeiro ponto, neste aspecto, é não lamentar o que foi perdido. É preciso levantar criteriosamente a condição do momento. Listar as dívidas e definir uma programação para saldá-las, ou ao menos renegociá-las, alivia a ansiedade do paciente e o coloca diante da responsabilidade de planejar o futuro. O uso e o destino a ser dado ao dinheiro devem ser orientados pelas prioridades do paciente, de acordo com as necessidades reais e os recursos disponíveis.

SAIBA QUE:

A participação da família, conjunta e ativamente, é importante em todo o processo de recuperação econômico-financeira.

CAPÍTULO 1: Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas: alternativas e reinserção social

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

Aspectos Comunitários

Em qualquer fase do desenvolvimento do ser humano, o reconhecimento social e a influência dos grupos a que pertence são fundamentais para a manutenção do sentimento de pertencimento e de valorização pessoal.

No período de ingestão da droga, o paciente sofre uma gradativa deterioração pessoal, com o empobrecimento dos relacionamentos sociais. Sentimentos de rejeição, auto-depreciação, insegurança, entre outros, o afastam do convívio social. A possibilidade de perda do emprego, da família ou problemas com a polícia e a justiça o colocam num impasse. Com a abstinência ou a alteração do padrão do consumo, o paciente se vê diante do desafio de resgatar os relacionamentos destruídos. A participação na comunidade oferece-lhe uma oportunidade para reescrever a própria história, para começar a reparar os possíveis danos causados a si próprio ou a outras pessoas. A busca de ajuda para prováveis problemas judiciais e a reaproximação de antigos amigos podem impulsioná-lo a retomar o gosto pelo lazer, pelas atividades culturais e associativas, desprezadas até então.

Aspectos Espirituais

Independente da formação ou orientação religiosa é importante que o paciente recupere e mantenha a crença na sua própria capacidade de realização. Nesse sentido, a "fé" poderá ajudá-lo a enxergar um horizonte de possibilidades, no qual os sonhos se transformam no projeto de uma nova vida.

Aspectos Médicos e psicológicos

É importante reforçar a necessidade dos cuidados com a saúde física e psicológica do paciente. O acompanhamento sistemático lhe dará suporte na remoção de barreiras para a recuperação e reinserção social.

Observações importantes para o profissional

1. A reinserção social do dependente de álcool e outras drogas deve ser pensada, planejada e orientada por toda a equipe. A multidisciplinariedade alarga o horizonte de possibilidades e permite ao paciente leituras específicas para cada nova situação que se apresente. Portanto, vale lembrar que o paciente em tratamento não é "propriedade" de um único profissional.
2. O conhecimento dos recursos da comunidade é o maior aliado do profissional. A identificação, a análise e a eleição do recurso adequado aumentam as chances do paciente ter acesso e se beneficiar do melhor recurso. Conhecer pessoalmente os recursos para os quais vai encaminhar o paciente pode ser o primeiro passo para o estabelecimento de uma produtiva parceria entre a instituição de tratamento e o recurso comunitário.
3. A disponibilidade do profissional para aceitar os "tropeços" do processo irá permitir-lhe avaliar claramente os próprios sentimentos e expectativas e ajudá-lo a compreender e a lidar com a possível necessidade de revisão e redirecionamento de ações.



**CAPÍTULO 1: Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas:
alternativas e reinserção social**

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

Conclusão**A Reinserção Social:**

É o determinante da recuperação integral do paciente e pressupõe a recuperação das perdas e a criação e/ou fortalecimento de uma rede de apoio.

É um processo longo, gradativo e dinâmico, pois implica numa revisão de estigmas sociais estabelecidos, no resgate da cidadania e na retomada do "gosto" pela vida.

**CAPÍTULO 1: Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas:
alternativas e reinserção social**

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

Bibliografia Consultada

1. ANDRADE, A.G; NICASTRI, S.; TONGUE, E. Drogas: Atualizações em prevenção e tratamento - curso de treinamento em drogas para países africanos de língua portuguesa. São Paulo: Lemos, 1993.
2. BARNES, J.A. Redes Sociais e processo político. In: Antropologia das sociedades contemporâneas. São Paulo, Global, 159-194, 1987.
3. BENJAMIN, A. A entrevista de ajuda. São Paulo, Martins Fontes, 1994.
4. BERTOLOTE, J.M. Glossário de álcool e Drogas. SENAD, 2004.
5. BERTOLOTE, J.M. Glossário de termos de psiquiatria e saúde mental da CID-10 e seus derivados. Porto Alegre: Artmed. 1997.
6. CENTRO ITALIANO DE SOLITARIETÀ. Scuola di formazione "Casa del sole". Progetto Uomo. v. 1,2,3. Roma: Castel Gandolfo, 1988.
7. DUARTE, P V. "Avaliação Social", IN: Curso Nacional de aprendizado à distância - Aspectos básicos no tratamento da dependência química. Brasília : Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). 2002.
8. DUARTE, PV. Reinserção Social. Curso Nacional de aprendizado a distância. Secretaria Nacional Antidrogas e Universidade de São Paulo.
9. EDWARDS,G.; LADER, M. et al. A natureza da dependência de drogas. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.
10. FALEIROS, V.P. Estratégias em serviço Social. São Paulo, Cortez, 2001.
11. GOVERNO FEDERAL, Estudo Qualitativo: as redes sociais e as representações de risco entre usuários de drogas injetáveis. Série Avaliação - Projeto Ajude Brasil. Disponível em: www.aids.gov.br/final/biblioteca/avaliacao6/ajude_71.htm
12. HAMILTON,G. Teoria y practica trabajo social de casos. México, La Prensa Médica Mexicana, 1974.
13. HOLANDA, A.B. Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Atlas. 1986.
14. MAGDA, Vaissman. Alcoolismo no Trabalho. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
15. MARLATT, G. A; GORDON, J.R. Prevenção da Recaída. Porto Alegre: Artmed. 1993.
16. MCCONNELL, P. A workbook for healing - Adult children of alcoholics. New York, Harper & Row, 1992.
17. MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. Entrevista Motivacional - Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre, Artmed, 2001.
18. MIRANDA, C.F; MIRANDA, M.L. Construindo a relação de ajuda. Belo Horizonte, Crescer, 1983.
19. OPAS, Redes locais frente à la violencia familiar. Série: Violência Intrafamiliar y salud. Documento de Análise nº 2. La asociación de solidariedad para países emergentes. Peru, junho de 1999.
20. PITTA, A. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec. 1996.
21. SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: Uma estratégia para a passagem do milênio. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 13-18. 1996.
22. USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS - Abordagem, Diagnóstico e Tratamento - CREMESP /AMB - 2002.

**CAPÍTULO 1: Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas:
alternativas e reinserção social**

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

Atividades**Teste seu conhecimento**

1. Em relação aos comportamentos da família frente ao paciente, podemos assinalar como certo (C) ou errado (E):

- () a. Vigiar constantemente
- () b. Impor regras claras
- () c. Fazer alardes frente a recaídas
- () d. Minimizar o problema
- () e. Valorizar mínimas iniciativas do paciente
- () f. Fazer-se de vítima



2. Qual a correta postura do profissional no primeiro contato com o paciente e durante o tratamento?

- a) Postura atenta, porém fria e distante, para evitar confusão
- b) Postura de acolhimento e assertividade
- c) Postura de acolhimento, mas com reprovação explícita
- d) Postura de reprovação e julgamento
- e) Nenhuma das anteriores

3. Para a elaboração do Projeto de Vida do paciente devem ser levados em consideração os seguintes aspectos: Assinale verdadeiro (V) ou falso (F).

- () a. Os aspectos familiares são os mais importantes
- () b. O paciente deve ter uma figura de referência
- () c. A mudança no estilo de vida do paciente nem sempre é importante
- () d. A participação em grupo de apoio na empresa não deve ser estimulada
- () e. Trabalhos temporários e informais devem ser valorizados
- () f. Os aspectos econômicos e financeiros não devem ser considerados

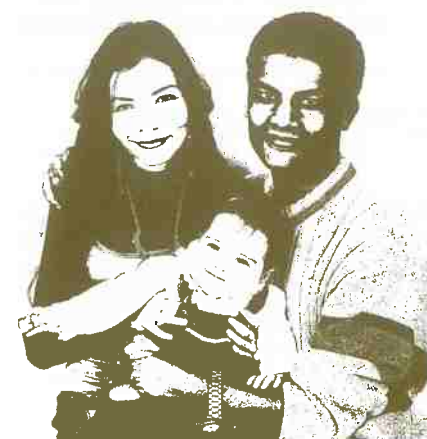
**CAPÍTULO 2: A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas:
o papel dos pais e dos cônjuges**

Eroy Aparecida da Silva

A presença da droga na sociedade exige investimento em programas de prevenção e de tratamento, e o uso e abuso de álcool e outras drogas é um tema que, em geral, preocupa as famílias. Este assunto provoca reações variáveis: desde os temores de pais de crianças e jovens que nunca fizeram uso de álcool e outras drogas, que seus filhos venham a usá-las, até sentimentos de raiva e impotência nas famílias que já convivem com o abuso ou a dependência. O objetivo deste capítulo é considerar o conceito de **família** e analisar sua participação, tanto na **prevenção** do uso de álcool e outras drogas, como no **tratamento** da sua dependência.

Tópicos

1. O que é a "FAMÍLIA"?
2. O papel dos pais e dos cônjuges na prevenção e no tratamento de drogas
3. Fatores de risco e proteção na família
4. A participação da família no tratamento da dependência de álcool e outras drogas
5. Resumo

O que é a "FAMÍLIA"?

A família é a referência básica na formação de uma pessoa. Em seu interior, ocorrem as primeiras experiências de vínculos e ela tem sido objeto de estudo de várias áreas do conhecimento, portanto seu conceito pode ser amplo.

Na família as pessoas desempenham "papéis familiares", isto é, existem "lugares" que cada pessoa ocupa dentro da família. Há necessidade de duas ou mais pessoas para que estes papéis possam ser "postos em prática" e sirvam de referência na construção de modelos de identificação e socialização de um indivíduo. Isso ocorre com a formação de uma família composta inicialmente pelos cônjuges e depois na relação destes com os filhos e o contexto social.

(Araújo, 1999; Oaklander, 1980; Pedrosa, 2004).

CAPÍTULO 2: A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas: o papel dos pais e dos cônjuges

Eroy Aparecida da Silva

Veja algumas "definições" de família:

A família é um **sistema(*)** semi-aberto, com regras, costumes e crenças, em constante troca com o meio social. Assim, a família transforma e é transformada pelo ambiente. Isto é, o que acontece com um membro da família afeta a todos os demais; assim como o que ocorre na família influencia todos seus membros.

(Minuchin, 1997; Andolfi, 1998)

A família é um organismo vivo com leis próprias de funcionamento.

(Bateson, 1976)

Família é um grupo de pessoas que convivem sob o mesmo teto, desempenhando uma série de papéis relacionados aos processos de aprendizagens, integrando aspectos emocionais, cognitivos, sociais e culturais.

(Kalina, 1991)

Nota:

(*) Sistema = Elementos de um todo, que se inter-relacionam, funcionando de maneira integrada.

Não existe hoje, no Brasil, um modelo único e geral de família

A família brasileira enfrenta atualmente um processo de transformações em seu modelo de organização nuclear tradicional (pai, mãe e filhos vivendo sob o mesmo teto). A inserção da mulher no mercado de trabalho, a ampliação do papel paterno, para além das tarefas de provedor, e o fato de existirem mulheres sozinhas cuidando da família são alguns dos inúmeros aspectos que têm contribuído para essas mudanças.

As modificações, pelas quais passam as famílias, estão diretamente relacionadas às da sociedade. Essas mudanças provocaram muitos desafios: lidar com as ansiedades e temores frente à violência urbana, o desemprego, a sobrecarga de trabalho, a globalização, as doenças sexualmente transmissíveis, a violência doméstica e o abuso de drogas lícitas e ilícitas.

(Silva, 2001)



Não se esqueça que as estratégias de prevenção em relação ao papel da família devem estar vinculadas a outras ações conjuntas da escola e da comunidade como um todo.

CAPÍTULO 2: A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas: o papel dos pais e dos cônjuges

Eroy Aparecida da Silva

Como a família constitui uma das principais fontes formadoras de comportamentos e de crenças sobre saúde, tanto a prevenção ao uso de álcool e outras drogas, como os tratamentos devem incluir a sua participação.

(Oliveira, 2001)

A participação da família na prevenção ao abuso de álcool e outras drogas: O PAPEL DOS PAIS E CÔNJUGES



Mas afinal, o que é PREVENÇÃO?

É grande o número de estudos sobre a prevenção ao uso abusivo de drogas. Alguns utilizam como base os níveis "clássicos" de prevenção: primária, secundária e terciária.

Recentemente, a prevenção tem sido vista como um continuum, de um tipo mais geral para um mais específico:

Prevenção Universal Prevenção Seletiva Prevenção Indicada

PREVENÇÃO UNIVERSAL

Está dirigida à população em geral (comunidade nacional ou local). O trabalho é feito por mensagens e programas cujos objetivos são prevenir ou retardar o uso nocivo de álcool, tabaco e outras drogas.

PREVENÇÃO SELETIVA

Está dirigida a subgrupos específicos, ou seja, população de risco de uso de álcool e outras drogas, como: filhos de dependentes, adolescentes em conflito com a lei, jovens que abandonaram a escola, etc.

**CAPÍTULO 2: A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas:
o papel dos pais e dos cônjuges**

Eroy Aparecida da Silva

PREVENÇÃO INDICADA

Está dirigida a pessoas em fase inicial de uso nocivo de substâncias, que ainda não desenvolveram dependência, mas já apresentam indicativos de problemas em relação ao consumo de álcool e outras drogas, como: baixo rendimento escolar, problemas familiares, de saúde, ocupacionais, etc. (NIDA, 2002).

A importância do envolvimento do sistema familiar nas práticas preventivas em relação ao uso de álcool e outras drogas tem sido destacada desde a década de 1960. A família deve ser orientada, motivada e informada para participar deste continuum de prevenção nos vários locais: comunidade, escola, centros de saúde, etc.

(NIDA, 2002)

Caplan (1964) enfatizou que a prática preventiva é a estratégia mais adequada para evitar o consumo problemático de substâncias psicoativas entre jovens e ressaltou que isso não seria possível sem o envolvimento dos pais. Nas décadas de 80 e 90, houve um aumento do uso de álcool e outras drogas lícitas e ilícitas, por adolescentes em âmbito internacional. Programas preventivos envolvendo família, escola e comunidade passaram a ser encorajados.

**Importante!**

Em todo o mundo, as principais barreiras para as práticas preventivas, em relação ao abuso de álcool e outras drogas, têm sido as dificuldades de abordagens e a participação das famílias nos programas. (OMS, 1989; Galduróz, Noto, & Carlini, 2001; NIDA, 2002; Canoletti e Soares, 2005, Patterson, 1982). Portanto, o que se observa na prática é que na maioria das vezes, a família fica fora dos programas de prevenção relacionados ao uso de álcool e outras drogas em muitos países, inclusive no Brasil. (Bordin, 2004; Oliveira, 2001)

**Alguns objetivos básicos dos programas de prevenção**

- Um programa de prevenção, envolvendo a família, deve ser claro nos seus objetivos e voltado para as necessidades reais da população, levando em consideração os contextos nos quais as famílias estão inseridas.
- Conhecer a cultura familiar, sua linguagem, crenças e normas também é importante na construção de um programa de prevenção.

**CAPÍTULO 2: A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas:
o papel dos pais e dos cônjuges**

Eroy Aparecida da Silva

Alguns estudos mostram que os **programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas envolvendo a família enfrentam um conflito** que deve ser considerado: por um lado, a família é a base para a **saúde preventiva**, mas por outro lado muitos **ambientes familiares podem ser desfavoráveis**, predispondo seus membros ao uso abusivo de álcool e outras drogas. **Ou seja, a família pode ser tanto um fator de proteção, quanto de risco para o uso/abuso de substâncias psicotrópicas.**

(Oliveira, 2001; Szapocznik et al, 1996)

Fatores de risco e proteção na família

Os fatores de risco e de proteção, em relação ao uso de álcool e outras drogas, são variáveis e envolvem aspectos psicológicos, ambientais, comportamentais e genéticos. Ou seja, estão tanto no próprio indivíduo, como na família, na escola, na comunidade e na sociedade em geral. Um mesmo fator pode representar risco para uma pessoa e proteção para outra.

Em um programa de prevenção, os fatores familiares de risco devem ser detectados e abordados sob a perspectiva da saúde, evitando visões deterministas, culpabilizadoras e moralistas.

**Fatores de RISCO:**

são circunstâncias sociais, familiares ou características da pessoa que a tornam mais vulnerável a assumir comportamentos arriscados, dentre eles usar álcool e outras drogas:

- Uso abusivo de álcool e outras drogas dos pais;
- Pais com transtornos psiquiátricos;
- Regras familiares rígidas ou ausência de regras e limites.

(OMS, 1989; NIDA, 2002)

Fatores de PROTEÇÃO:

são aqueles que equilibram as vulnerabilidades, reduzindo a chance de uma pessoa usar álcool e outras drogas, como:

- Pais que acompanham atividades dos filhos;
- Regras claras e negociadas;
- Envolvimento afetivo com os filhos.

(OMS, 1989; NIDA, 2002)

Nota: Vulnerabilidade indica o fato de alguém ser mais sujeito a alguma coisa. A vulnerabilidade pode estar relacionada a determinadas circunstâncias e condições que podem ser revertidas e diminuídas, levando em consideração tanto os aspectos sociais, institucionais, familiares, quanto os individuais. (Man, 1992, Ayres, 1996)

CAPÍTULO 2: A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas:

o papel dos pais e dos cônjuges

Eroy Aparecida da Silva

**Importante!!**

Estudos sobre uso de álcool e outras drogas com filhos de pais dependentes de álcool e/ou outras drogas, mostram que eles têm uma chance quatro vezes maior de também se tornarem dependentes.

(Patterson, 1982; Brickman et al, 1988; Wang et al.1995)

A prevenção do uso de álcool e outras drogas no ambiente familiar depende do desempenho da família, no seu papel de cuidar, valorizando as relações e os princípios básicos de uma comunicação clara e autêntica. Os limites e as regras precisam estar presentes e, no contexto no qual está inserida, a família deve ser coerente nos atos e nas palavras.

O ciclo de vida da família, assim como a função que os cônjuges e pais exercem na formação de uma pessoa, também devem ser considerados em uma proposta de prevenção. De modo geral, é na **adolescência** que os jovens experimentam ou entram em contato com o álcool e outras drogas. É um período de muitas transformações e convida os cônjuges e pais a uma reorganização de seus papéis, funções e estabelecimentos de novas regras e limites. São necessárias adaptações, na organização familiar, para preparar o adolescente para a vida adulta (Spoth e Remond, 1994).

A **coerência** entre os cônjuges, em relação às regras e normas na família, principalmente em relação ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, pode contribuir para uma tomada de decisão do jovem em experimentar ou não o álcool e outras drogas.

Crianças que crescem com regras claras, geralmente, são mais seguras. Quando se defrontam com um limite, sabem lidar com a frustração, por terem desenvolvido recursos próprios para superá-la. Quando a família não tem regras claras, é provável que o jovem se sinta inseguro e, na tentativa de descobrir as regras na sociedade, testará seus limites, deparando-se com frustrações. É nesse momento que o álcool e as outras drogas surgem como "solução rápida": o efeito imediato que a substância proporciona faz com que os sentimentos desagradáveis desapareçam por um tempo transitório (Oliveira, 2001, Bordin, 2004).

Ao falar sobre álcool e outras drogas na família, é indicado que os pais respeitem as diferentes faixas etárias dos filhos e se preparem para abordar o assunto de forma assertiva e segura, pois, caso contrário, "podem cair em descrédito" com os filhos, em relação às informações sobre álcool e outras drogas. Os pais têm como função orientar os filhos e conscientizá-los dos riscos que as drogas lícitas podem trazer, pois às vezes supervalorizam e temem as drogas **ilícitas**, mas minimizam o prejuízo das drogas lícitas (Maluf et al, 2002).

CAPÍTULO 2: A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas:

o papel dos pais e dos cônjuges

Eroy Aparecida da Silva

A prevenção é um importante meio de reduzir os problemas na área de saúde familiar, entretanto requer uma rede mais ampla de intervenções, para atender também as pessoas que necessitam de maiores cuidados e tratamento.

A participação da família no tratamento da dependência de álcool e outras drogas

Os **tratamentos** para pessoas com dependência de álcool e outras drogas devem ser multidisciplinares e preferencialmente integrados: psicoterapia, orientação familiar, entrevista motivacional, programa de desintoxicação domiciliar, prevenção de recaída e reinserção social e familiar do usuário. De maneira geral, as psicoterapias familiares têm se destacado como uma abordagem de escolha na área de tratamento de dependentes de álcool e outras drogas no Brasil.

**Importante!!**

A família é uma das instituições mais antigas da humanidade, entretanto o cuidado em relação ao tratamento familiar ainda é recente.

A **psicoterapia familiar** desenvolveu-se nos Estados Unidos, na década de 1950, a partir do esforço de várias áreas da ciência: Medicina, Psicologia, Sociologia, Antropologia, etc. A psicoterapia familiar sistêmica parte da premissa de que aquilo que ocorre com um indivíduo da família atinge todos os demais direta ou indiretamente. Reciprocamente, o que acontece à família influencia o indivíduo. Por isso, sua proposta é tratar o sistema como um todo e não apenas o indivíduo.

Nas décadas de 70 e 80, houve uma ampliação de várias escolas das chamadas psicoterapias familiares sistêmicas e essa forma de tratamento psicológico envolvendo toda a família tem sido a mais utilizada nas abordagens de saúde.

**Importante!!**

A psicoterapia familiar tem se destacado nas últimas décadas como uma abordagem importante no tratamento para dependentes de álcool e outras drogas.

A dependência de álcool e outras drogas é um fenômeno complexo, com múltiplas causas, envolvendo não só aspectos biológicos, como também os psicológicos, sociais e familiares. Em geral, a presença de uso de álcool e outras drogas traz muito desconforto, sofrimento psíquico e crises no sistema familiar. Normalmente, a procura de tratamento para a dependência ocorre nestes momentos. A pessoa que está usando droga busca tratamento "por livre e espontânea pressão".

CAPÍTULO 2: A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas: o papel dos pais e dos cônjuges

Eroy Aparecida da Silva

Outras vezes, algum familiar procura auxílio, para “alguém” de sua família que está com problema de uso de álcool e outras drogas. As principais queixas e sentimentos da família são: cansaço, impotência, culpabilização, estresse, raiva e medo.

**Como lidar com isto?****Vejamos os principais aspectos das abordagens voltadas para a família dos dependentes de álcool e outras drogas:**

- **Acolhimento:** no primeiro contato, é feita uma **avaliação geral** da pessoa dependente e de sua relação com o contexto social e familiar, tendo por objetivo iniciar a inclusão no tratamento;
- Preferencialmente as famílias devem ser atendidas **no momento em que procuram o tratamento**, listas de espera desencorajam a adesão ao serviço;
- A **equipe mínima** deve ser composta por um médico e um psicólogo familiar com capacitação na área de dependência de álcool e outras drogas. Estes podem formar multiplicadores para lidar com o tema adequadamente, evitando reforçar preconceitos, crenças moralistas e culpabilizações sobre o problema, comumente presentes na família;
- A **motivação da família** para o tratamento é um fator importante a ser avaliado, assim como a orientação familiar na fase da desintoxicação;
- Uma das **metas do tratamento** é a proposta do resgate da **autonomia** de cada um e da família como um todo, da competência familiar, do treino de novas habilidades, principalmente em relação à comunicação e às mudanças de estilo de vida, e o encorajamento para as mudanças.

Nota: autonomia = capacidade de autogovernar-se, tomar as próprias decisões livremente, exatamente o contrário de dependência.

**O que costuma ser abordado na Psicoterapia Familiar**

Em geral, com base na avaliação inicial, na primeira sessão da psicoterapia, são discutidas as metas e os objetivos do tratamento, as metas em relação à interrupção do uso do álcool e outras drogas, e é feito um “contrato terapêutico”, ou seja, são estabelecidas as “regras” do tratamento. Os períodos de terapia são variáveis, de três a doze meses, em geral, e cada sessão tem a duração de cerca de uma hora e meia.

A fim de auxiliar a família a resgatar ou desenvolver competências, a psicoterapia familiar deve trabalhar com temas como: a presença da droga no sistema, a orientação em relação às recaídas, a afetividade, a comunicação, as tarefas, as defesas e as crenças.

CAPÍTULO 2: A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas: o papel dos pais e dos cônjuges

Eroy Aparecida da Silva

Um aspecto importante a ser considerado, no início do tratamento familiar com dependentes de álcool e outras drogas, é a compreensão dos papéis que cada um exerce no contexto familiar. No caso de pessoas dependentes de álcool e outras drogas, é comum ocorrer uma inversão de papéis quando, mesmo sem estarem preparados emocionalmente para isso, os filhos assumem o papel de cuidar que deveria ser exercido pelo pai (ou mãe) dependente de álcool ou outras drogas. A esposa se sobrecarrega de tarefas e, com o decorrer do tempo, assume a “liderança” da casa (papel tradicionalmente exercido pelo homem), porém com grau alto de estresse.

Outro aspecto importante é lidar com a **ambivalência**. Os modelos de afeto, o apoio e a segurança assumem ambivalência para esposa e filhos: no período de abstinência existe carinho e na embriaguez predomina a agressão. É comum também a oscilação de humor do cônjuge, no estado de embriaguez, refletindo diretamente sua atitude “mal-humorada” para com os filhos (Spath e Remond, 1994, Grynn, T.; 1981).

Nota: Ambivalência: quando existem ao mesmo tempo dois sentimentos ou duas idéias contrárias, opostas, com relação a uma mesma coisa (ex: amor e ódio pela mesma pessoa).

SAIBA QUE:

Manter a motivação da família durante o tratamento é muito importante.

**CAPÍTULO 2: A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas:
o papel dos pais e dos cônjuges**

Eroy Aparecida da Silva

Resumo**Neste capítulo você aprendeu que:**

- A família é a referência básica na formação de uma pessoa e seu conceito é amplo;
- A família brasileira tem passado por transformações e enfrentado vários desafios contemporâneos, entre eles, o abuso e a dependência de álcool e outras drogas;
- A prevenção e o tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas devem incluir a família;
- Atualmente, o enfoque da prevenção é considerando um continuum;
- Um programa de prevenção envolvendo a família deve ser claro nos seus objetivos e voltado para as necessidades reais da população, levando em consideração os contextos nos quais as famílias estão inseridas;
- Conhecer a cultura familiar, sua linguagem, crenças e normas, também é importante na construção de programas de prevenção;
- A dependência de álcool e outras drogas é um fenômeno complexo, multicausal, de características biológicas, psicológicas e sociais;
- As psicoterapias familiares vêm se destacando como uma abordagem importante na área de tratamento de dependentes de álcool e outras drogas;
- A família deve ser acolhida, orientada e motivada para participar do tratamento;
- A equipe terapêutica deve estar devidamente preparada para lidar com os preconceitos e evitar julgamentos.

**CAPÍTULO 2: A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas:
o papel dos pais e dos cônjuges**

Eroy Aparecida da Silva

Bibliografia Consultada

1. Andolfi, M; Ângelo, C.L.; Tempo e mito em psicoterapia familiar. Artes Médicas, 1988.
2. Araújo, V.A. Os papéis desempenhados numa família que inclui um participante alcoolista: abordagens psicodramática, psicanalítica e da Teoria da Comunicação. Psicodrama, 319: 36-55, 1999.
3. Ayres, J.R.C.M. Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas. HIV/AIDS e abuso de drogas entre adolescentes. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo 1996.
4. Barnes, G.M.; Adolescent alcohol abuse and others problem behaviors: Their relationships and common parental influences, J. Youth Adolesc. 13(4):329-348, 1984.
5. Bateson, G.; Pasos Hacia una ecología de La Mente, Buenos Aires - México Ediciones Carlos Lohlé, 1976.
6. Bordin, L. S.; Guia para a família: Cuidando de pessoa com problemas relacionados com álcool e outras drogas. São Paulo-SP 1ªed. Editora Atheneu, 2004.
7. Brickman, A. L.; Foote, F.H.; Hervis, O.; Kurtines, W.M.; Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: A strategic structural systems approach, J. Consult Clin. Psychol. 56:522-557, 1988.
8. Canoletti, B.; Soares, C.B; Programas de Prevenção ao Consumo de Drogas no Brasil: Uma análise de produção científica de 2001 a 2002 - Revista Interface, Comunicação, Saúde, Educação. V.9, N Setembro / 2004 / Fevereiro, 2005.
9. Caplan, G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books, 1964.
10. Ferrari A. A. Fatores de risco para transtorno decorrente do uso de substâncias psicoativas em adolescentes, [tese de doutorado - Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina] São Paulo; 2001.
11. Galduróz J.C.F. Noto, A. R.; & Carlini, E.A.; IV Levantamento sobre uso de Drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras - Cebrid Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia Universidade Federal de São Paulo; 1977.
12. Galduróz, J.C.F. Noto, A. R.; Carlini, E. A - I Levantamento Domiciliar Sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. São Paulo - Cebrid - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: Universidade Federal de São Paulo, 2001.
13. Grynne, T.; Drugs and Family, Rockville, National Institute on Drug Abuse, 1981.
14. Holanda, A. B.; Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa, Editora Nova Fronteira, 1988.
15. Kalina, E.; Drogadição Hoje: Indivíduo, Família e Sociedade. Porto Alegre, Artmed, 1991. revisão técnica Ruy de Mathis. - São Paulo: Ed. Scipione, 2000.
16. Maluf, D.; Humberg I.V.; Meyer M, T.H.M.; Drogas Prevenção e Tratamento O que você queria saber sobre drogas e não tinha a quem perguntar. São Paulo: Cia Editora, 2002.
17. Man, J. (Org.) A Aids no mundo, Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABI/ims-Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1992.
18. Minuchin, S. Famílias: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 1997.
19. NIDA - National Institute Drug Abuse, Substance Abuse, 2002.
20. Oaklander, V.; Descobrimos crianças: abordagens gestáltica com crianças e adolescentes / Tradução de George Schleisinger: revisão Ferri de Barros. São Paulo: Summus. 1980.
21. Oliveira, A.L.C.; O papel da família na prevenção primária precoce do uso, abuso e dependência de drogas. O mundo da saúde - SP, 25, (3) julho./set.2001.

**CAPÍTULO 2: A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas:
o papel dos pais e dos cônjuges**

Eroy Aparecida da Silva

22. Organização Mundial de Saúde - Day health of youth - 1989.
23. Patterson,G.R.; Coercive Family Process, Eugene, O. R.; Castalia Publishing,1982.
24. Pedrosa,M.I., O papel da família na Prevenção ao Uso de Drogas, Monografia-Curso de Especialização -Terapias Cognitivas no Tratamento de Dependentes de Drogas-Departamento de Psicobiologia-UNIFESP,2004.
25. Schenker,M.; Minayo. M.C.S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: Uma revisão crítica. Cad. Saúde pública.; 20(3): 694-59 2004.
26. Selvini-Palazolli, Boscollo,M.; Cechin,G.; Prata,G.; Paradox and courterparadox. New York:Jason Arosen,1978b.
27. Silva, E. A - Abordagens familiares. J. Bras. Dep. Quím; 2 (Supl. 1)21-24, 2001.
28. Spoth,R., Redmond,C.; Effective recruitment of parents into family focused prevention research: A comparison of two strategies, Psychol. Health, 9:353-370,1994.
29. Szapocznik,J.; Perez,A . Family Interventions, January,25-26,1996.
30. Wang MQ.; Field, R.C., Eddy ,J.M.; Family and peer influences on smoking behavior among American adolescents: an age trend: J. Adolesc. Health,; 16:200-3 1995.

**CAPÍTULO 2: A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas:
o papel dos pais e dos cônjuges**

Eroy Aparecida da Silva

Atividades

Se puder, assista ao menos a um dos filmes listados a seguir, cujas tramas envolvem a família e o abuso de drogas:

**Bicho de Sete Cabeças**

Brasil, 2001, Direção: Lais Bodanzky, com: Rodrigo Santoro, Othon Bastos, Cassia Kiss.

• TRAFFIC

E.U.A. , 2000, Direção: Steven Soderbergh, com: Michael Douglas, Don Cheadle, Benício Del Toro, Dennis Quaid, Catherine Zeta Jones.

• Diário de um Adolescente

E.U.A., 1995, Direção: Scott Kalvert; com: Leonardo Dicaprio, Ernie Hudson, Patrick McGaw, James Madio, Mark Wahlberg.

Reflexão:

1. Escreva sua definição de família.
2. Por que a família deve participar de um programa de prevenção?
3. O que significa um continuum de prevenção?
4. O que é psicoterapia familiar?
5. O que um tratamento familiar para dependentes de droga deve considerar?
6. Quais são as conseqüências da dependência de drogas no sistema familiar?
7. Porque é importante na área de dependência de drogas tratar a família como um todo?

CAPÍTULO 3: A rede de saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: papel das UBS, CAPS ad, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos
Marcelo Santos Cruz e Salette Maria Barros Ferreira

Tópicos

1. Introdução
2. O papel dos CAPS
3. O que são os CAPS ad?

Introdução

No Brasil, nas últimas décadas, uma grande reforma da assistência à saúde mental foi colocada em marcha, com a participação de profissionais de saúde e de gestores públicos dos setores federais, estaduais e municipais, pacientes e membros das comunidades. Isto foi necessário porque, até então, pessoas com problemas psíquicos (transtornos mentais) praticamente eram atendidas em serviços públicos apenas quando internadas em hospitais psiquiátricos. Da mesma forma, pessoas que tinham problemas com álcool ou outras drogas só tinham como opção a internação psiquiátrica.

Porém, o tempo e a experiência demonstraram que a internação em hospitais psiquiátricos não é adequada para grande parte dessas pessoas porque:

- pessoas com problemas com álcool e outras drogas necessitam de projetos terapêuticos específicos, *diferentes dos projetos para outros transtornos mentais*;
- o tratamento no hospital *não prepara os pacientes para lidarem com as situações difíceis do seu dia a dia fora do hospital*;
- o modelo centrado no hospital (hospitalocêntrico) é muito mais caro e não coloca em ação os recursos dos serviços extra-hospitalares;
- os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas não têm origem só na *biologia* (os efeitos no cérebro, a genética) de cada pessoa, mas também em sua história de vida, em sua estrutura psicológica e no seu contexto *econômico, social e cultural*.

Por isso, os pacientes precisam de uma abordagem **multidisciplinar**, ou seja, de muitos profissionais com formações diferentes, além da assistência médica, como psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, etc. Como você já viu, estes pacientes precisam também de reinserção social, o que só poderá ser alcançado com a participação e o compromisso de profissionais de diferentes formações, e não apenas do médico.

Além de todos estes motivos, sabe-se que os hospitais psiquiátricos muitas vezes são construídos de forma a conter e manter pessoas em espaços restritos, enquanto pessoas que têm problemas com drogas podem e devem circular e desenvolver atividades terapêuticas. A internação no hospital psiquiátrico reforça o estigma e o preconceito contra pessoas que têm problemas com álcool e outras drogas, contribuindo para o desrespeito aos direitos de cidadania e dificultando a reinserção dos dependentes de álcool e outras drogas em sua família, em seu trabalho, em seu grupo social.

CAPÍTULO 3: A rede de saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: papel das UBS, CAPS ad, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos
Marcelo Santos Cruz e Salette Maria Barros Ferreira



Assim, o modelo anterior de assistência a usuários de álcool e outras drogas com internações em hospitais psiquiátricos foi rejeitado por ser:

- Hospitalocêntrico - sem contato estreito com outros recursos da saúde e da comunidade;
- Centrado no médico;
- Inadequado para execução de projetos terapêuticos específicos;
- Inadequado com relação à estrutura física (fechada) do hospital;
- Um incentivo ao preconceito e à estigmatização.

Por estes motivos, a reforma psiquiátrica brasileira tem substituído os grandes hospitais psiquiátricos por uma rede de assistência à saúde mental, que procura dar maior espaço e importância aos serviços extra-hospitalares.

No caso da assistência a usuários de drogas, "costurar" esta rede significa enfrentar muitos desafios. Entre estes desafios, encontra-se a distribuição heterogênea (não uniforme, desigual) dos problemas com álcool e outras drogas, entre as pessoas que as utilizam (Delgado, 2005).

Como mostra a **figura abaixo**, isto significa que há *muitas pessoas* que usam substâncias *sem nunca desenvolverem problemas*; há algumas que *apresentam problemas, mas ainda não perderam o controle*; e uma *minoria* que *tem problemas e não consegue controlar o uso* (dependência).

Distribuição dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas e complexidade de recursos necessários.



CAPÍTULO 3: A rede de saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: papel das UBS, CAPS ad, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos

Marcelo Santos Cruz e Salette Maria Barros Ferreira

Esta forma de distribuição mostra que a complexidade dos recursos deve ser maior para os que têm mais problemas, mas que grandes esforços com recursos menos complexos devem ser feitos também para acolher as pessoas que não têm problemas (prevenção) ou que têm problemas, mas podem controlar. Entre estes recursos menos complexos, mas com grande alcance, encontram-se as estratégias desenvolvidas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelos Programas de Saúde da Família (PSF) e pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Dessa forma, há necessidade de ações que sejam efetivas para o conjunto de pacientes e, ao mesmo tempo, atendam às necessidades particulares das pessoas que têm diferentes formas de consumo, histórias de vida e que vivem em diferentes locais do país, para que se construa uma Rede de Atenção adequada às pessoas que têm problemas com álcool e outras drogas.

**Além disso, uma Rede de Atenção às pessoas que usam álcool e outras drogas deve também levar em consideração:**

- A heterogeneidade brasileira;
- A relação entre o uso de álcool e outras drogas e a cultura;
- As implicações ocupacionais, familiares e para a sociabilidade;
- As questões éticas e legais;
- A multiplicidade, a particularidade e a subjetividade dos usuários.

Pensando nisso, entre as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em dezembro de 2001, propôs-se que:

"... o atendimento às pessoas usuárias de álcool e outras drogas e seus familiares seja integral e humanizado, realizado por equipe multidisciplinar, na rede de serviços públicos (UBS, CS, PSF, NAPS, CAPS, hospital-dia e unidade mista para tratamento de farmacodependência, serviço ambulatorial especializado, atendimento 24 horas), de acordo com a realidade local".

(MS/SUS/CNS, 2002: 61)

CAPÍTULO 3: A rede de saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: papel das UBS, CAPS ad, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos

Marcelo Santos Cruz e Salette Maria Barros Ferreira



Como resposta, o Ministério da Saúde editou, em abril de 2002, uma portaria técnica implantando o **Programa Nacional de Atenção Comunitária Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas** (Brasil, 2004a). Orientado pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica, este programa tem como princípios:

- A ênfase em serviços não hospitalares;
- A noção de Rede;
- A comunicabilidade e a acessibilidade;
- O papel dos CAPS ad;
- A inserção comunitária (PSF, PAC);
- O controle social;
- A abordagem multidisciplinar;
- O apoio às estratégias de redução de danos;
- A noção de Território;
- A articulação entre Tratamento/Prevenção/Educação;
- A Inclusão Social;
- A Intersetorialidade.

Como você deve lembrar, vimos no módulo 1, a **Política Nacional sobre Drogas - PNAD** - (Brasil, 2005 - coordenada pela Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD), no capítulo "Tratamento, recuperação e reinserção social" também propõe que:

"O acesso às diferentes modalidades de tratamento e recuperação, reinserção social e ocupacional deve ser identificado, qualificado e garantido como um processo contínuo de esforços disponibilizados de forma permanente para os usuários, dependentes e seus familiares, com investimentos técnico e financeiro de forma descentralizada".

(Brasil, 2005)

A PNAD:

- Reforça a necessidade de ações de reinserção familiar, social e ocupacional "por meio de parcerias e convênios com órgãos governamentais e organizadores não governamentais, assegurando a distribuição descentralizada de recursos técnicos e financeiros";
- Propõe a "integração das intervenções para tratamento, recuperação";
- lista os componentes da Rede, incluindo entre estes o corpo de bombeiros, as clínicas especializadas, as casas de apoio e convívio e as moradias assistidas;
- Destaca a integração com o SUS e o Sistema Único de Assistência Social;
- Orienta para que sejam contempladas as estratégias de redução de danos e a necessidade de reinserção social e ocupacional.

CAPÍTULO 3: A rede de saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: papel das UBS, CAPS ad, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos

Marcelo Santos Cruz e Salette Maria Barros Ferreira

A **Política do Ministério da Saúde** também destaca a heterogeneidade das pessoas (Brasil, 2004a), demonstrando que existem múltiplos programas adaptados às diferentes necessidades. Assim, vemos que a necessidade de integração e articulação de diferentes setores e atores do corpo social é reconhecida por órgãos como a SENAD e o Ministério da Saúde, confirmando que a atenção e o cuidado em uma Rede dirigida às pessoas que apresentam diferentes problemas com álcool e outras drogas deve ser diversificada e ampla, para atender às suas diferentes necessidades. A isso se chama um **cuidado integral**, uma das preocupações maiores do SUS, e que não poderá ser alcançado apenas por um serviço ou profissional, mas por meio de uma **Rede de Atenção**: um cuidado integral, ou o mais próximo possível disso, para atender às diferentes necessidades das diferentes pessoas, que usam de forma mais ou menos controlada, têm alguns problemas, ou já apresentam quadros graves de dependência de álcool e outras drogas.

Para construir uma **Rede de Atenção Integral** para essa população e suas famílias, que também apresentam, muitas vezes, problemas mais ou menos graves, relacionados ao uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas de seu familiar, os profissionais de saúde devem se reunir e trabalhar juntos, de forma complementar. Essa Rede deverá também ser igualmente integrada a outros setores, uma Rede intersectorial, com o propósito de atender às pessoas de forma efetiva em seu tratamento e em seu processo de reconstrução, em sua reabilitação social.

A Rede tem por objetivo aumentar o acesso e o acolhimento, considerando que os locais de ações de saúde podem ser “tanto os diferentes locais por onde circulam os usuários de álcool e outras drogas, como os equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, mas também das de educação, de trabalho, de promoção social”. Isto é necessário para que “a promoção, prevenção, o tratamento e a reabilitação sejam contínuos e se dêem de forma associada” (Brasil, 2004a). Essa visão propõe que a Rede não inclua apenas profissionais e serviços de saúde, mas também “(...) familiares, (...) organizações governamentais e não governamentais em interação constante, cada um com seu núcleo específico de ação, mas apoiando-se mutuamente...” (Brasil, 2004a).

Assim como dissemos, é a necessidade de integração da Rede de atenção às pessoas com problemas com álcool e outras drogas dentro da rede de saúde mental, com a rede mais ampla de saúde em geral e com as redes de setores, como a Justiça, a Educação e outros setores com atuação comunitária, que constitui o princípio da intersectorialidade. E é também esse princípio de intersectorialidade que fará com que a integralidade mais ampla seja alcançada.

Em resumo, a Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil tem entre seus objetivos deslocar para a comunidade e para os serviços extra-hospitalares a assistência às pessoas com problemas mentais, considerando entre essas pessoas aquelas usuárias e/ou dependentes de álcool e outras drogas.

Como já demonstramos, essa mudança significa um avanço em relação ao modo como a assistência ocorria antes da Reforma, quando era feita basicamente nos hospitais psiquiátricos. A partir das diretrizes do *movimento da Reforma Psiquiátrica*, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados os serviços estratégicos de saúde mental, entre outros motivos, por se organizarem em equipes multidisciplinares e complementares, e procurarem atender às diferentes necessidades das pessoas em seu processo de tratamento e reabilitação. Mas, é importante ressaltar que a assistência não ocorre apenas nos CAPS. Ao contrário, como as pessoas que usam álcool e outras drogas têm padrões de uso e de dependência diferentes e, portanto, de gravidade também diferente, a maioria pode e deve ser atendida pela rede básica de saúde, reservando o atendimento nos CAPS apenas para os pacientes graves.

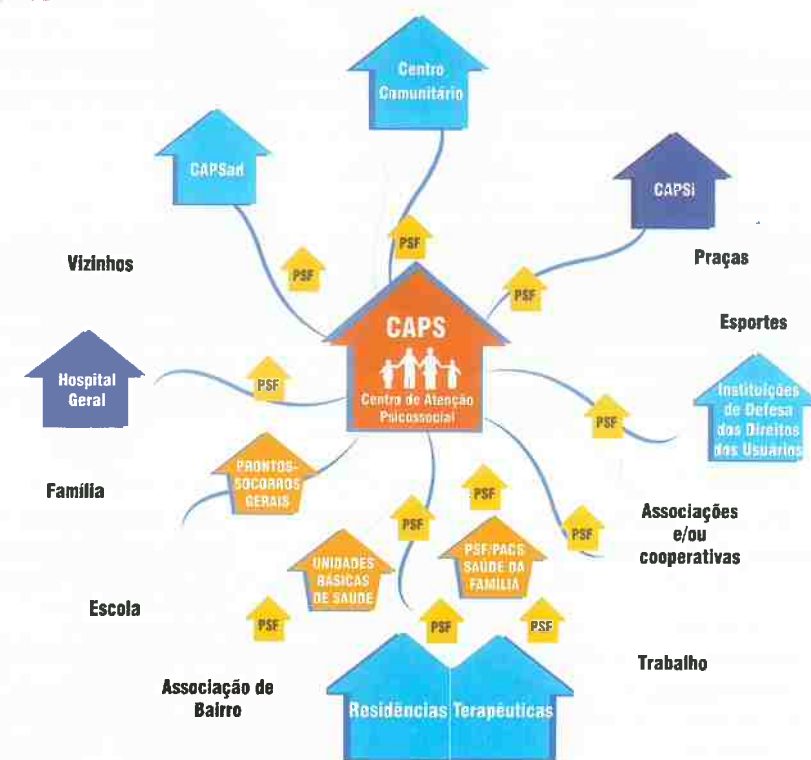
CAPÍTULO 3: A rede de saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: papel das UBS, CAPS ad, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos

Marcelo Santos Cruz e Salette Maria Barros Ferreira

Conforme a orientação do Ministério da Saúde (Brasil, 2004b), a rede básica de saúde inclui os centros ou unidades de saúde locais e/ou regionais, o Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde.

As equipes da rede básica de saúde devem manter contato e integração permanente com os CAPS.

Rede de Atenção à Saúde Mental



Entre os **princípios da rede**, encontra-se a idéia de que a cobertura dos serviços de saúde contemple a noção de **território**. O território não é apenas a área geográfica, mas é também o espaço em que circulam as pessoas, com seus sofrimentos e alegrias, suas instituições e os locais que elas freqüentam (igrejas, cultos, escola, trabalho, bares, etc...). O território compreende um sentido mais subjetivo, próprio a cada pessoa, em particular, influenciado pelas diferentes culturas presentes em diferentes pessoas de um mesmo bairro, cidade ou família.

“Distinguir território de área geográfica talvez seja o primeiro e um importante passo para que governos, equipes, profissionais possam tomar para si a responsabilidade de tratar”.
(Pitta, 2001)

CAPÍTULO 3: A rede de saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: papel das UBS, CAPS ad, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos

Marcelo Santos Cruz e Salette Maria Barros Ferreira

Assim, o Ministério da Saúde (Brasil, 2004b) indica que, na constituição de rede, devem participar “todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc...), sanitários (rede de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc...), econômicos (dinheiro, previdência, etc...), culturais, religiosos e de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial”.

O papel dos CAPS

Os **CAPS** têm um papel estratégico na articulação, assistência e regulação da rede de saúde. Os CAPS devem desenvolver projetos terapêuticos e comunitários, dispensar medicamentos, encaminhar e acompanhar pacientes que moram em residências terapêuticas, assessorar e dar retaguarda para o trabalho dos agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família.

O CAPS é um lugar de referência e instrumento para pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e quadros com gravidades e/ou “persistência que justifique sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida” (Brasil, 2004b).

A partir da função que cumprem, de dispositivos estratégicos em saúde mental, os CAPS têm por objetivo:

Objetivos dos CAPS

- Prestar atendimento em regime de atenção diária;
- Gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidados clínicos, eficientes e personalizados;
- Promover a inserção social dos usuários por meio de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas;
- Organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- Coordenar, junto com o gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

Fonte: MS (Brasil, 2004b)

**CAPÍTULO 3: A rede de saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: papel das UBS, CAPS ad, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos**

Marcelo Santos Cruz e Salette Maria Barros Ferreira

Nos CAPS, os pacientes devem ser atendidos com Projetos Terapêuticos Individualizados. Ou seja, cada paciente deve ter um projeto terapêutico, planejado de acordo com as necessidades identificadas, com a colaboração de uma equipe multidisciplinar - de forma a contemplar o maior número possível daquelas necessidades - e contando com a participação e o compromisso permanente do próprio paciente nas decisões tomadas. Este projeto terapêutico individualizado deve levar em conta o que ele possa ter em comum com outros pacientes (como o diagnóstico, uma co-morbidade - lembre-se do módulo anterior -, o tipo e padrão de uso de droga) e também o que tem de pessoal (sua história, suas capacidades, seu apoio familiar e social, sua inserção ou não no trabalho, suas escolhas, etc). Cada paciente pode, e deve, ser atendido segundo a intensidade de atenção necessária, em uma de três possíveis modalidades: *intensiva*, *semi-intensiva* e *não intensiva*.

Algumas atividades no CAPS são feitas em grupo, outras são individuais, outras são destinadas às famílias e outras são comunitárias. **Quando uma pessoa é atendida em um CAPS, ela tem acesso a vários recursos terapêuticos:**

- **atendimento individual:** médico, psicoterápico, orientação;
- **atendimento em grupo** em várias modalidades de oficinas terapêuticas - expressivas, geradoras de renda, alfabetização, culturais - grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debates, grupos de confecção de jornal;
- **atendimento para a família**, visitas domiciliares; atividades comunitárias (desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade) que têm como objetivo as trocas sociais (festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários, etc); assembleias ou reuniões do serviço.

A *assembleia* é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamento para o serviço. São analisados os problemas e as sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido.

**Os CAPS podem se organizar das seguintes formas:****CAPS I**

Em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 horas, de 2ª. a 6ª. Feira.

CAPS II

Em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 horas, de 2ª. a 6ª. feira e pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.

CAPS III

Municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana.

CAPS i (para a infância e adolescência)

Em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 horas, de 2ª. a 6ª. Feira e pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.

CAPS ad

Municípios com população acima de 70.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 horas, de 2ª. a 6ª. feira e pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.

CAPÍTULO 3: A rede de saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: papel das UBS, CAPS ad, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos

Marcelo Santos Cruz e Salette Maria Barros Ferreira

**E o que são os CAPS ad?**

São **CAPS** para usuários de álcool e outras drogas, **Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas**. Seu objetivo é o atendimento diário à população que apresenta graves transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS, o CAPS ad, possui *leitos de repouso* com a finalidade exclusiva de tratamento de *desintoxicação*, para pacientes que *não necessitam de tratamento hospitalar*.

Na construção da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, a implantação de CAPS ad pelo Brasil afora inclui, não apenas a designação ou construção de um espaço para o CAPS, mas também a montagem e capacitação da equipe multidisciplinar e a articulação com os demais atores da rede. Quando estão funcionando adequadamente, o Ministério da Saúde os cadastra e então passa a financiar seu funcionamento, o que acontece por meio do repasse aos municípios dos gastos realizados nos tratamentos, pago às Secretarias de Saúde por APACs, que são Autorização por Procedimentos de Alta Complexidade. Atualmente, há uma grande quantidade de CAPS ad funcionando e ainda em processo de cadastramento.

De fato, é importante sempre lembrar que os **CAPS ad** devem ficar responsáveis somente pelos **casos mais graves e complexos** identificados na comunidade, ou seja, aqueles casos que apresentam um padrão de *dependência*, ou *grave comprometimento sócio-familiar*, e não por *toda e qualquer pessoa que tenha problemas com álcool e outras drogas*. Essas pessoas, que constituem a maior parcela da população, podem e devem ser atendidas na atenção básica de saúde, contando com o apoio dos CAPS ad, e de forma articulada ao restante da rede de saúde e dos outros serviços necessários ao cuidado.

**Importante!!**

Localize o CAPS ad mais próximo do seu local de trabalho e vá conhecê-lo para você discutir os casos que você atende e encaminhar os casos graves com conhecimento das condições reais desse tipo de serviço.

Quais são os demais elementos da Rede de atenção à população com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas?

- Hospitais Gerais;
- Casas de Passagem;
- Residências Terapêuticas;
- Recursos da Comunidade - Comunidades Terapêuticas, Grupos de Mútua Ajuda (AA, NA);
- Serviços especializados conveniados ou não ao SUS.

CAPÍTULO 3: A rede de saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: papel das UBS, CAPS ad, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos

Marcelo Santos Cruz e Salette Maria Barros Ferreira

Os recursos da rede de atenção e cuidado para pessoas em situação de uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas devem contar também com os **Hospitais Gerais**, espaços importantes de acolhimento às situações de crise, e que muitas vezes podem constituir também a porta de entrada de um tratamento. A habitação e as necessidades básicas de vida podem também ser atendidas pela implementação de **Serviços Residenciais Terapêuticos**, ou por **Casas de Passagens ou Abrigos**, que podem ser constituídos a partir da iniciativa das Secretarias de Assistência Social. São também complementares ao cuidado, os dispositivos como os grupos de **Ajuda Mútua**, de orientação religiosa ou não, as **Comunidades Terapêuticas**, os **Centros Culturais** e de **Convivência**, as **Oficinas Terapêuticas**, entre outros.

Durante o ano de 2005 (Brasil, 2004c), visando a ampliação e diversificação da Rede de saúde dirigida ao cuidado com a população com problemas mais ou menos graves provocados pelo uso de drogas, o Ministério da Saúde publicou portaria com normas para a utilização de leitos de hospitais gerais para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas. Este fato foi uma resposta sensível e importante à percepção da necessidade de assistência com recursos mais complexos para os casos em que os pacientes apresentassem situações mais graves que aquelas possíveis de serem atendidas nos CAPS ad. Nesses casos, o papel dos Hospitais Gerais na Rede de assistência a usuários de álcool e outras drogas é o de realizar internações breves, para as situações de tratamento de desintoxicação ou abstinência e atendimentos de intercorrências e emergências clínicas, gerais e cirúrgicas.

Além dos pacientes que são encaminhados para os hospitais gerais por apresentarem problemas com o uso de substâncias claramente identificados, muitas pessoas com os mesmos problemas (não identificados) são atendidas quando procuram assistência para outras queixas de saúde. Nesses casos, a assistência no hospital geral fornece uma importante oportunidade para a identificação precoce de pessoas com problemas com álcool e outras drogas. Isso ocorre porque muitas vezes pessoas que usam álcool e outras drogas procuram os hospitais gerais devido a danos relacionados ao uso de álcool ou outras drogas (por exemplo: acidentes, intoxicação, abstinência, doenças associadas etc...), muito tempo antes de procurar os serviços especializados no tratamento de dependência de álcool ou outras drogas.

**Importante!!**

Por esta razão, é importante que também **as equipes dos hospitais gerais sejam capacitadas para fazer a identificação precoce**, podendo nessas situações realizar internações breves e muitas vezes resolutivas, que levem em consideração o respeito às escolhas individuais, os princípios de redução de danos e uma postura não estigmatizadora.

Muitos são os desafios que ainda persistem para a construção da Rede de atenção aos problemas relacionados ao uso problemático ou à dependência de álcool e outras drogas:

- Dificuldades locais para a estruturação, ampliação e articulação da Rede;
- Necessidade de potencializar a capacitação dos profissionais que trabalham em todos os pontos da rede;
- Aperfeiçoamento da assistência, que se dará certamente e apenas pela prática, no cotidiano compartilhado do trabalho e do cuidado, pela participação responsável dos diversos profissionais e usuários comprometidos na construção desse cuidado, e pela contribuição das atividades de pesquisa e avaliação permanente sobre a produção de cuidado em curso nessa Rede.

CAPÍTULO 3: A rede de saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: papel das UBS, CAPS ad, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos

Marcelo Santos Cruz e Salette Maria Barros Ferreira

Bibliografia Consultada

1. BRASIL. Política Nacional sobre Drogas/Brasília: Presidência da República Secretaria Nacional Antidrogas, pp. 22 - 24, 2005.
2. BRASIL. A Política do MS para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVC/CN - DST / AIDS. Ministério da Saúde 2ª Ed. Rev. Ampl. - Brasília, 2004a.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 305 - 30 de abril de 2002.
4. Criação e implantação de rede de assistência em Centros de Atenção Psicossocial para o Atendimento de Pacientes com Transtornos Causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e Outras Drogas (CAPS ad). Brasília, 2004b.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS. Brasília, 2004c.
6. DELGADO, PG. A dívida histórica da Saúde Pública com a questão do álcool e outras drogas. In: Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos. Acselrad, G. (org.) Rio de Janeiro, Ed Fiocruz, 165-181, 2005.
7. PITTA, A. Tecendo uma teia de cuidados em saúde mental. In: Saúde Mental: Campo, Saberes e Discursos. Venâncio, AT, Cavalcanti, MT. (org.) Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001, pp. 277-282.
8. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

CAPÍTULO 3: A rede de saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: papel das UBS, CAPS ad, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos

Marcelo Santos Cruz e Salette Maria Barros Ferreira

Atividades**Teste seu conhecimento**

1. São princípios do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas:

- a) ênfase em serviços não hospitalares, noção de Rede, inserção comunitária (PSF, PAC)
- b) comunicabilidade, acessibilidade, controle social e articulação entre Tratamento, Prevenção e Educação
- c) abordagem multidisciplinar, estratégias de redução de danos
- d) noção de Território, inclusão Social e intersectorialidade
- e) todas as anteriores estão corretas

2. Os CAPS ad (Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas):

- a) São destinados ao atendimento diário da população que apresenta graves transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas
- b) São destinados ao tratamento de desintoxicação, para pacientes que não necessitam de tratamento hospitalar
- c) Só existem em municípios com população acima de 100.000 habitantes
- d) Devem atender qualquer problema psiquiátrico, mesmo que não envolva o uso de álcool ou outras substâncias
- e) As alternativas a, b e c estão corretas



CAPÍTULO 4: O vínculo necessário entre a saúde mental e o PSF na construção da rede de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas

Marcelo Santos Cruz e Salette Maria Barros Ferreira

Como você viu no decorrer do curso, os problemas relacionados ao uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas têm mobilizado, cada vez mais, os profissionais de saúde das mais diversas especialidades e áreas de atuação. Todos se sentem convocados pela necessidade de construção de estratégias mais contínuas e integradas de cuidado, para o alcance da integralidade na assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

(Cecílio, 2001)

As situações de cuidado em saúde, relacionadas aos problemas do uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas, podem e devem ser acolhidas pelo Sistema Único de Saúde de forma integral, respeitando-se os diversos níveis de gravidade e as formas como ocorrem para cada indivíduo, família, grupo e comunidade. Tratar e respeitar as singularidades pessoais e socioculturais dessas relações problemáticas com o álcool e outras drogas tem sido um importante e constante desafio para as equipes de atenção básica e para os profissionais de saúde da família, que devem constituir equipes multidisciplinares, fazendo conviver práticas e saberes diversos sobre uma mesma situação-problema, o que pode promover um cuidado mais amplo e integral.

Também é importante que esteja claro que, nessa empreitada, essas equipes multidisciplinares não podem, nem devem, estar sozinhas. Para uma atenção integral àquelas famílias, devem ser construídas, permanentemente, importantes parcerias, respeitando-se os princípios do SUS e as necessidades que aquelas situações clínicas impõem. As parcerias construídas devem ser complementares e as instituições e profissionais se constituem, não apenas, em parceiros, mas em pessoas comprometidas com as configurações e movimentos da Rede em construção.

É importante ressaltar que os recursos e serviços com que contamos para a construção de uma Rede de atenção à clientela em situação de dependência de álcool e outras drogas variam e se apresentam em níveis diversificados. Estes recursos vão do uso da mais leve das tecnologias de cuidado (MERHY, E. et al. 2004), o acolhimento e o vínculo, construídos no bom uso da palavra, ao recurso último da internação hospitalar.

Muitos e variados podem ser os desenhos da Rede, mas uma dimensão está sempre presente. Esse elemento comum que, segundo Antonio Lancetti (1994), marca a especificidade de um trabalho em saúde mental nos programas de saúde da família é a ideia de que a invenção deve fazer parte do método de trabalho. Ou seja, não haverá fórmulas ou prescrições que sirvam para ser aplicadas a todas as situações. Além disso, a complexidade dos problemas enfrentados permitirá a criação de novas soluções e alternativas, adequadas às características e recursos locais.

Essas ações de identificação, construção e preservação de parcerias visam a ação de cuidado, além de tornarem possível a restauração de laços afetados ou mesmos rompidos, em função do uso contínuo do álcool e outras drogas. A clientela dependente do álcool e outras drogas apresenta, em geral, quadros graves de rompimento de laços sociais e de trabalho, o que poderá, progressivamente se agravar ainda mais, em função das situações clínicas aí envolvidas. Cabe aqui o redimensionamento da noção da clínica, uma vez que aquelas dimensões, familiares, sociais e de trabalho, também irão se apresentar como clínicas, na perspectiva de uma clínica ampliada de cuidados em saúde mental. Essas dimensões são responsáveis, muitas vezes, pelo agravamento dos problemas de saúde mental, e portanto pelas questões relativas ao uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas. E esse é um dos motivos pelos quais, nos PSFs, as 'Redes' são organizadas em torno das comunidades e das famílias, de seus problemas e dificuldades. Cabe como tarefa a essas equipes resgatar e re-instaurar laços perdidos ou esfacelados, pelo que for possível a cada família, ou construí-los de

CAPÍTULO 4: O vínculo necessário entre a saúde mental e o PSF na construção da rede de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas

Marcelo Santos Cruz e Salette Maria Barros Ferreira

forma nova, pelo que for possível no cuidado com os sujeitos, sempre contando para isso com a comunidade em que vivem, com suas possibilidades e limitações.

Entre as dificuldades encontradas para que essas reconstruções sejam possíveis, uma das que mais aflige os profissionais de saúde dos PSFs é construir e garantir o acesso dessa clientela à rede de cuidados. De início, cabe chamar atenção que uma rede **não está pronta em algum lugar**, embora existam serviços em diferentes níveis de complexidade, dirigidos às diferentes situações clínicas encontradas na dependência de álcool e outras drogas. A Rede será identificada como um "tecido" de possibilidades, em permanente movimento, sensível às necessidades das mudanças e às dinâmicas ali apresentadas. E para tal, ela depende do fator mais importante nas ações de cuidado: **ela depende das pessoas**.

Conforme a orientação do Ministério da Saúde (2004 a, 2004 b), a rede básica de saúde inclui os centros ou unidades de saúde locais e/ou regionais, o Programa de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Sabemos também que, de acordo com a política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, as equipes da rede básica de saúde devem manter contato e integração permanente com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).



Como é possível essa integração entre as pessoas que formam a Rede?

Uma das formas importantes dessa integração é o **APOIO MATRICIAL**, que tem uma lógica diferente do encaminhamento ou da referência e contra-referência.



A Lógica Matricial: Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica

CAPÍTULO 4: O vínculo necessário entre a saúde mental e o PSF na construção da rede de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas

Marcelo Santos Cruz e Salette Maria Barros Ferreira

Embora estratégico, o CAPS não é o único, mas **um** dos vários serviços e espaços possíveis de cuidado, em saúde mental, para os problemas relacionados ao uso ou dependência de álcool e outras drogas. Entretanto, é no CAPS que podem se concentrar os encontros, as decisões, sobre o tratamento dos casos graves, os manejos das dificuldades encontradas, e a revisão dos projetos terapêuticos, construídos pelas diferentes equipes de cuidado.

Para os casos graves em que a atenção da rede básica não seja resolutive, pela lógica matricial, as equipes dos CAPS devem fornecer apoio às equipes da Atenção Básica, incluindo na programação de sua carga horária, encontros semanais com os técnicos das equipes básicas. Nesses encontros, esses casos graves são discutidos e, portanto, compartilhados. Com isso, a responsabilidade dos casos é distribuída por todos, comprometendo ambas as equipes e construindo a atenção de forma complementar. Está excluída assim a antiga lógica do encaminhamento, da referência e contra-referência, *responsabilizando todos os envolvidos no acolhimento e/ou nas ações de cuidado continuado.*

Além das discussões de casos, as equipes podem **atender conjuntamente** os pacientes ou seus familiares e realizar intervenções conjuntas nas comunidades. Assim, o apoio matricial significa uma nova proposta, modificando a lógica anterior do encaminhamento de todos os casos que determinado serviço não conseguisse resolver. De fato, a proposta de um trabalho em rede supõe que **nenhum serviço poderá resolver todas as necessidades de cuidado em saúde de todas as pessoas** de um dado território. Isto é verdade, principalmente, se a necessidade de saúde estiver relacionada ao tratamento para dependência ou uso abusivo de álcool e outras drogas, ou mesmo à situação onde a prevenção a esse uso seja identificada como necessária.

**Vejamos o caso apresentado:**

Um profissional do CAPS de Guadalupe agenda, por telefone, com os profissionais de um CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas) uma reunião para discutir a situação difícil de um paciente. Na reunião, este e outros profissionais do CAPS de Guadalupe, relatam que um paciente de 38 anos, do sexo masculino, foi atendido em casa, em visita domiciliar. Isto foi necessário, pois a mãe do paciente procurara o CAPS relatando que o paciente estava há vários meses sem sair de casa, gravemente delirante e recusando a medicação. Após 3 visitas, o paciente aceitou ser medicado em casa e apresentou progressiva melhora, passando a frequentar o CAPS assiduamente. No entanto, voltou a fazer uso de cocaína, como fazia antes do início do atendimento. Apesar do bom vínculo com a equipe do CAPS, as ações do projeto terapêutico não tinham sucesso em ajudar o paciente a interromper o uso da droga. Com isso, o paciente, continuamente, se colocava em situações de muito risco. Na discussão com a equipe do CAPS ad, ficou decidida a indicação de uma internação curta para ajudar o paciente a interromper o uso abusivo. Durante a internação, a equipe do CAPS manteve o contato com o paciente e a alta foi seguida do retorno do paciente ao CAPS, além da sua frequência, acompanhado por técnico do CAPS, a grupos de mútua-ajuda. Também foi proposto o estreitamento do contato com a mãe e outros familiares do paciente. Estas medidas permitiram importante melhora da situação do paciente. Além disso, evitou-se o encaminhamento do caso para outro serviço (o CAPS ad), mantendo o bom vínculo do paciente com o CAPS do seu território.

CAPÍTULO 4: O vínculo necessário entre a saúde mental e o PSF na construção da rede de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas

Marcelo Santos Cruz e Salette Maria Barros Ferreira

Tanto quanto nas outras dimensões de cuidado, desenvolvidas pelos profissionais dos PSFs, o foco do trabalho e do tratamento das questões relativas à dependência ou abuso de álcool e outras drogas deve também ser a família e a comunidade onde ela se insere, contemplando assim suas diversidades e suas peculiares formas de relação. Para os PSFs, está claro que existem formas diversas de funcionamento de cada família, em particular, que pode apresentar um de seus membros como o *bode expiatório* ou *sintoma de suas dificuldades relacionais*. Muitas vezes, esse sintoma familiar ou social se apresenta sob a forma da dependência de álcool e outras drogas, atrelando-se a ela situações mais ou menos relacionadas à violência doméstica e/ou envolvimento com o tráfico. Assim, para desenvolver ações assistenciais integrais aos dependentes de drogas, os agentes comunitários de saúde e os profissionais das equipes de saúde da família devem atender - e entender - não apenas aos sujeitos dependentes, mas às situações mais amplas que envolvem aquelas formas de uso. Há necessidade de um campo de articulação intersetorial com os serviços assistenciais que não se inserem no campo da saúde, mas que também representam o cuidado necessário em uma Rede de Atenção. Tomamos aqui a definição de **Rede** como **um sistema capaz de reunir e organizar pessoas e instituições** de forma democrática, visando a construção de novos compromissos e em torno de interesses comuns, fortalecendo atores sociais na defesa e implementação de seus projetos, e na promoção da melhoria da qualidade de vida de suas comunidades (Projeto Casulo, 2006).

Assim, além dos serviços mais tradicionais - ambulatório, oficinas de saúde mental, grupos de mútua ajuda, leitos em hospitais gerais, CAPS, CAPS ad, CAPS III, residências terapêuticas - a Rede que se propõe tem como articuladores privilegiados os ACS (Agentes Comunitários de Saúde) e os profissionais dos PSF (Programas de Saúde da Família), mas poderá e deverá ser composta pela comunidade em geral, e por outros atores e setores, tais como: a Assistência ou Promoção Social - abrigos, albergues e casas de passagem, etc -; a Justiça, por meio de seus representantes, por exemplo: o Ministério Público e as Promotorias; a Educação, formal e informal, com escolas e Secretarias de Educação, de Cultura, Esporte e Lazer; a Segurança Pública, com os bombeiros e a polícia - muitas vezes, importantes parceiros da saúde nas ações públicas; as ONGs (Organizações não-Governamentais) e a iniciativa privada, tanto e sempre que possível; e os muitos e importantes Conselhos, que cumprem a função de controle social, tais como os Conselhos de Saúde, os Conselhos Tutelares, os Conselhos Municipais Antidrogas, etc.

Estas afirmações de Toro são relevantes lembretes ao trabalho dos ACS e PSFs com pessoas dependentes de álcool e outras drogas, seja com relação às dificuldades de relacionamentos interfamiliares enfrentados, seja com relação aos limites da ação dos profissionais.



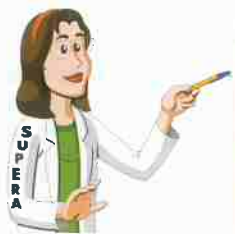
José Bernardo Toro, cientista social colombiano, discutindo as formas possíveis de vida e convivência social na modernidade, propõe **quatro pressupostos** básicos de Aprendizados para a Convivência:

- Aprender a não se agredir;
- Aprender a cuidar de si;
- Aprender a dar valor às realizações e saberes coletivos;
- Aprender a conhecer e aceitar as pessoas da maneira como elas são.

(Toro, 1999, apud Lancetti, grifo nosso)

CAPÍTULO 4: O vínculo necessário entre a saúde mental e o PSF na construção da rede de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas

Marcelo Santos Cruz e Salette Maria Barros Ferreira

**Vejamos, como exemplo, os impasses enfrentados no caso de Fabiana, usuária de crack****(apresentado por Lancetti (1994), experiência vivida pelo PSF no município de Santos, e semelhante a tantos outros).**

Fabiana morava com o companheiro e uma filha do casal, de dez anos de idade, sendo procurada pelo PSF após ter sido atendida no hospital local, em função de um aborto provocado. O marido de Fabiana, Marco, também era dependente de crack, tendo vendido todos os móveis e utensílios da casa para comprar o produto. Os familiares de Fabiana se afastaram do casal, saindo da casa localizada em um terreno comum, indo residir em outro bairro. A partir do atendimento realizado no hospital, identificada a problemática da família, a equipe foi informada e organizou uma visita à residência do casal. Marco e Fabiana não tiveram, inicialmente, boa receptividade aos 'visitantes'. Fabiana inclusive recusou-se a falar com os profissionais na presença do marido, o que mostrou importante dado sobre o relacionamento do casal. Na ausência do marido, queixou-se que Marco "queimava pedra", e tinha vendido tudo que tinham e disse: "Ele se mete embaixo da cama, fica olhando revista de 'sacanagem' e me obriga a transar. Ele não pode saber que estou com Aids, porque me mata". A equipe conversou calmamente com Fabiana, insistindo em ajudá-la. Na manhã seguinte, Fabiana acordou, fumou um baseado e apareceu na casa da agente comunitária de banho tomado. Fazia três meses que Fabiana não tomava banho. A partir daí, foi iniciado o tratamento e Fabiana substituiu, progressivamente, o crack pela maconha, embora ela diga "não gostar mais de maconha". O processo continuou nos meses seguintes, com períodos alternados de recaídas, substituição e abstinência, acompanhados pelas equipes de saúde dos serviços locais e pelos ACs. Depois de algum tempo, embora sem registro de mudanças nos hábitos de Marco, a família de Fabiana voltou a morar no terreno onde se encontram as duas casas, e a filha de dez anos passou a freqüentar assiduamente a escola.

Lancetti (1994) lembra neste trabalho a importância da abordagem sensível dos profissionais das equipes dos PSFs, o que no caso do dependente e de suas famílias é de fundamental importância. Acessados pelo hospital, que havia cuidado de Fabiana quando de seu aborto, quando foi identificada a Aids e o uso abusivo de crack, os 'amigos qualificados' dos PSFs (nome inicialmente atribuído aos acompanhantes terapêuticos) souberam também acolher e acompanhar Fabiana nas suas condições particulares de inserção em um tratamento de substituição, sem desistir de ajudá-la nos diferentes momentos que se apresentaram e de diferentes formas, inclusive no cuidado com sua filha e no respeito em sua relação com o marido. Mas, principalmente, sem desistir de Fabiana.

CAPÍTULO 4: O vínculo necessário entre a saúde mental e o PSF na construção da rede de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas

Marcelo Santos Cruz e Salette Maria Barros Ferreira

A *integralidade* e a *acessibilidade* são dois princípios importantes do Sistema Único de Saúde, especialmente por apresentarem a dimensão de uma *ética de cuidados* que deve estar presente nas ações desenvolvidas pelas pessoas e serviços que constroem uma Rede de Atenção Integral. Na construção e consolidação desta Rede, as equipes de Saúde da Família são *fundamentais* para que sejam identificadas e cuidadas inúmeras famílias que, de outra forma, não teriam como acessar e serem atendidas pelos serviços de saúde. Isso é especialmente verdadeiro nas situações em que são necessárias delicadeza e complexidade nas ações de cuidado, como é o caso daquelas que envolvem o uso abusivo ou a dependência de álcool e outras drogas. Dessa forma, poderão ser criadas as condições mínimas para que sejam contempladas as direções apontadas pelas políticas em curso, estabelecendo-se, na intersecção entre saúde mental e PSFs, o vínculo necessário ao alcance da integralidade do cuidado às situações de uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas.

CAPÍTULO 4: O vínculo necessário entre a saúde mental e o PSF na construção da rede de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas

Marcelo Santos Cruz e Salette Maria Barros Ferreira

Bibliografia Consultada

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS. Brasília, 2005.
2. BRASIL. A Política do MS para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVC/CN - DST / AIDS. Ministério da Saúde, 2ª Ed. Rev. Ampl. - Brasília, 2004a.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 305 - 30 de abril de 2002.
4. Criação e implantação de rede de assistência em Centros de Atenção Psicossocial para o Atendimento de Pacientes com Transtornos Causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e Outras Drogas (CAPS ad). Brasília, 2004b.
5. CECÍLIO, LCO. As Necessidades da Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. Em: Pinheiro, R. e Mattos, AR., (org.) Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, 2001, pp. 113-126.
6. LANCETTI, A. Saúde e Loucura 7 - Saúde Mental e Família. Saúde em Debate 137. 2ª edição. Editora Hucitec: São Paulo, 1994.
7. MERHY, E. et all. O Trabalho em Saúde - olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2ª edição. Editora Hucitec: São Paulo, 2004.
8. PROJETO CASULO. Em <http://www.ice.org.br>. 2006.

VIVAVOZ

LIGUE PRA GENTE. A GENTE LIGA PRA VOCÊ.

0800 510 0015

Orientações e informações sobre a prevenção do uso indevido de drogas

UMA BOA CONVERSA PODE SER UM BOM COMEÇO.

Falar sobre drogas nunca é fácil, mas pode ser a principal atitude para não se deixar envolver por elas. Esta é uma das razões para a criação do VIVAVOZ. Mais do que repressão é preciso compreensão. A informação pode ser decisiva na hora de ajudar familiares de usuários, pessoas que já têm problemas ou até quem não quer usar drogas, sejam legais ou ilegais. Pois, no final das contas, é sempre uma questão de escolha individual, na qual conhecer as conseqüências do uso dessas substâncias pode ser decisivo. E, com uma boa conversa pelo VIVAVOZ, pode ficar mais simples entender tudo isso.

É BOM FALAR COM QUEM ENTENDE.

O VIVAVOZ é resultado de uma parceria entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (Antiga Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre). Após 3 anos de funcionamento, os resultados positivos e a demanda do público para o teleatendimento apontaram para a necessidade de ampliação do serviço. Para isto, uma parceria com o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), do Ministério da Justiça vai permitir um maior período de atendimento.

O VIVAVOZ é uma central telefônica, aberta a toda população. Orientações e informações sobre as características e efeitos das drogas psicoativas, prevenção ao uso e abuso e os recursos disponíveis na comunidade para quem precisa de apoio ou atendimento são encontrados no VIVAVOZ.

Os consultores passaram por um período intenso de capacitação e são supervisionados por profissionais, mestres e doutores, da área da saúde.

VIVA VOZ – ORIENTAÇÕES E INFORMAÇÕES SOBRE O USO INDEVIDO DE DROGAS.

- * Serviço aberto para toda a população;
- * Totalmente gratuito;
- * Não é preciso se identificar;
- * Profissionais de qualquer área também podem tirar suas dúvidas e receber material bibliográfico;
- * Horário de funcionamento: segunda a sexta, das 8 h às 20 h
- * A partir do 2º semestre de 2008 o horário será expandido para 8 h às 24 h

Orientações e informações sobre a prevenção do uso indevido de drogas

0800 510 0015



MÓDULO 1

O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais

MÓDULO 2

Efeitos de substâncias psicoativas no organismo

MÓDULO 3

Deteção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas

MÓDULO 4

Intervenção Breve para casos de uso de risco de substâncias psicoativas

MÓDULO 5

Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas

MÓDULO 6

As redes comunitária e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas

GUIA DO ESTUDANTE

VÍDEOS

6 MÓDULOS E GUIA DO ESTUDANTE EM CD

