

EVAD

SUPERA

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

6



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

4ª Edição

SUPERA

615.822
S62
4. E.
V. 6
DE LEGAL

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Biblioteca - Ministério da Justiça



MJU00060047D19

UNIFESP
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

Secretaria Nacional de
Políticas sobre Drogas
Ministério da
Justiça



9 788560 662555



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
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

4ª Edição
Brasília
2011

615.7802
5623P
Vol 6
4.ED.
Dep. Legal

E615511

MJ - BIBLIOTECA

Módulo 6

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

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

A participação da família na prevenção e no tratamento: o papel dos pais e dos cônjuges

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

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

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

Presidenta da República
Dilma Rousseff

Vice-Presidente da República
Michel Temer

Ministro da Justiça
José Eduardo Cardozo

Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas
Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
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

4ª Edição
Brasília
2011

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

© 2011 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.senad.gov.br>>
Tiragem desta edição: 6.000 exemplares
Impresso no Brasil/ Printed in Brazil
Edição: 2011

Elaboração, distribuição e informações:

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD
Esplanada dos Ministérios, Bloco T, Anexo II, 2º andar, sala 205 Brasília/DF. Cep 70604-900
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
0800 777 8778

Homepage: www.supera.senad.gov.br
e-mail: faleconosco.supera4@supera.org.br

Equipe Editorial

Supervisão Técnica e Científica

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte
Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Revisão de Conteúdo

Equipe técnica - SENAD

Carla Dalbosco
Aldo Costa Azevedo
Andrea Donatti Gallassi
Patrícia Santana Santos
Iza Cristina Justino

Equipe técnica - UNIFESP

Denise De Micheli
Eroy A. Silva
Keith Machado Soares
Monica Parente Ramos
Yone G. Moura

Supervisão dos Tutores

Andre Luiz Monezi Andrade
Giovana Camila de Macedo
Iracema Francisco Frade
Karina Possa Abrahão

Desenvolvimento da Tecnologia de Educação a Distância

Departamento de Informática em Saúde da UNIFESP
Laboratório de Educação a Distância (LED-DIS)
Supervisão: Monica Parente Ramos
Equipes: Educação, Tecnologia, Pesquisa e Avaliação
Projeto gráfico: Sílvia Cabral

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

Coordenação: Marcelo Santos Cruz

SUPERA
módulo

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.....	9
Desenho do Projeto de Vida.....	10
Conclusão.....	14
Bibliografia.....	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 "FAMÍLIA"?.....	17
O papel dos pais e dos cônjuges na prevenção e no tratamento de drogas.....	19
Fatores de risco e proteção na família.....	20
A participação da família no tratamento da dependência de álcool e outras drogas.....	22
Resumo.....	25
Bibliografia.....	26
Atividades.....	28
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.....	30
Introdução.....	30
O papel dos CAPS.....	36
E o que são os CAPS-ad?.....	38
Bibliografia.....	41
Atividades.....	42
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.....	43
Bibliografia.....	48
Atividades.....	49

R314 As redes comunitária e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas: módulo 6 / coordenação do módulo Marcelo Santos Cruz. – 4. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.
50p. – (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 978-85-60662-55-5

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

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, CAPS-ad, 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

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”.

SINAIS INDIRETOS

Problemas de toda a ordem começam a aparecer:

- Dificuldade de relacionamento dos filhos com os pais e diminuição do desempenho 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.

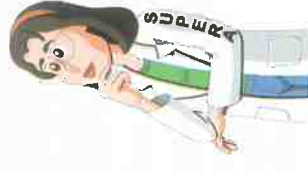


Inúmeras explicações são utilizadas para compreender o que se passa. Porém, dificilmente tais alterações são percebidas como relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas ou então, esta relação, embora identificada, é diminuída pela utilização de mecanismos de defesa.

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.



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 transmite 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 sequência, 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.

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 absentismo (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.

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 progressa • 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 Econômica-financeira	<ul style="list-style-type: none"> • Situação financeira e econômica • Uso do dinheiro
Vida Sociocomunitária	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento com amigos comuns à família • Relacionamento com vizinhos • Atividades na comunidade • Envolvimento com 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.



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” (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.



“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 frequentes 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.

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 autoestima 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.

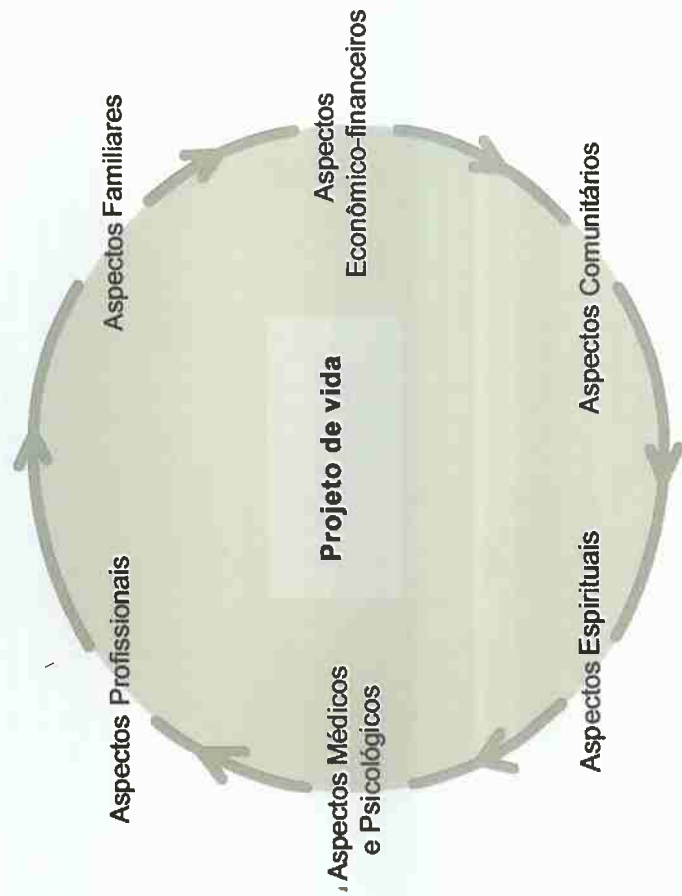
Estabelecimento e/ou Resgate de Rede Social

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 **interrelação**:



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 ideia da interrelação 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.

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 de si próprio uma vítima do paciente ou do seu 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 Consentir-se de que a recuperação é um processo longo e gradativo
Passividade Submete-se a chantagens ou ameaças do paciente	Limites Impor um mínimo de regras ou disciplinas

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 autoestima e incentivando-o a lançar-se em novos desafios. Para alguns pacientes, a participação conjunta em grupos de autoajuda 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. 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 frequentar 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.

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, autodepreciação, 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

A reinserção social do dependente de álcool e outras drogas deve ser pensada, planejada e orientada por toda a equipe. A multidisciplinaridade alarga o horizonte de possibilidades e permite ao paciente leituras específicas para cada nova situação que se apresenta. Portanto, vale lembrar que o paciente em tratamento não é "propriedade" de um único profissional.

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.

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.

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 estímulos sociais estabelecidos, no resgate da cidadania e na retomada do "gosto" pela vida.

BIBLIOGRAFIA

- Andrade AG, Nicastrl S, Tongue, E. Drogas: atualizações em prevenção e tratamento - curso de treinamento em drogas para países africanos de língua portuguesa. São Paulo: Lemos; 1993.
- Barnes JA. Redes sociais e processo político. In: Antropologia das sociedades contemporâneas. São Paulo: Global; 1987. p. 159-194.
- Benjamin A. A entrevista de ajuda. São Paulo: Martins Fontes; 1994.
- Bertolote JM. Glossário de álcool e drogas. Brasília: SENAD; 2004.
- Bertolote JM. Glossário de termos de psiquiatria e saúde mental da CID-10 e seus derivados. Porto Alegre: Artmed; 1997.
- Centro Italiano de Solitarietà. Scuola di formazione "Casa del sole". Progetto Uomo. v. 1,2,3. Roma: Castel Gandolfo, 1988.
- Duarte PV. Avaliação Social. In: Curso Nacional de aprendizado à distância - Aspectos básicos no tratamento da dependência química. Brasília: SENAD/Universidade de São Paulo; 2002.
- Duarte PCAV. Reinserção social. In: Curso Nacional de aprendizado à distância - Aspectos básicos no Tratamento das dependências químicas. Brasília: SENAD/Universidade de São Paulo, 2002.
- Edwards G, Lader M. A natureza da dependência de drogas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
- Faleiros VP. Estratégias em serviço Social. São Paulo: Cortez; 2001.
- Governo Federal, Estudo Qualitativo: as redes sociais e as representações de risco entre usuários de drogas injetáveis. Série Avaliação - Projeto Ajude Brasil. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/avaliacao6/ajude_71.htm>.
- Hamilton G. Teoria y practica trabajo social de casos. Ciudad de México: La Prensa Médica Mexicana; 1974.
- Holanda AB. Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Atlas; 1986.
- Marlatt GA, Gordon JR. Prevenção da Recaída. Porto Alegre: Artmed; 1993.
- Mcconnel P. A workbook for healing: adult children of alcoholics. New York: Harper & Row; 1992.
- Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos. Porto Alegre: Artmed; 2001.
- Miranda CF, Miranda ML. Construindo a relação de ajuda. Belo Horizonte: Crescer; 1983.
- OPAS. Redes locais frente à la violencia familiar. Série: Violência Intrafamiliar y salud. Documento de Análise nº 2. La asociación de solidaridad para países emergentes. Lima: OPAS; 1999.
- Pitta A. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996.
- Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 13-18.
- Vaissman M. Alcoolismo no trabalho. Rio de Janeiro: Garamond; 2004.
- Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. São Paulo: CREMESP/AMB; 2002.

ATIVIDADES

Testes seus Conhecimentos



1. Assinale as alternativas abaixo. A reintegração social envolve:
 - a) A prioridade é ajudar o paciente a ficar abstinente
 - b) Ter condições para exercer a cidadania
 - c) Postura de acolhimento por parte do profissional
 - d) Um processo rápido, desde que se queira assumir suas dificuldades
 - e) A superação de preconceitos em relação a si mesmo
2. De que maneira a família pode colaborar positivamente com o tratamento do paciente:
 - a) Vigiar constantemente para impedi-lo de cometer deslizes
 - b) Impor regras claras de comportamento
 - c) Fazer alardes frente a recaídas
 - d) Minimizar o problema
 - e) Valorizar mínimas iniciativas do paciente
3. Assinale a alternativa CORRETA. Qual a postura adequada do profissional no primeiro contato com o paciente e durante o tratamento?
 - a) Postura solidária, mas de desconfiança em relação à capacidade de mudança do paciente
 - b) Postura de acolhimento e de esperanças mágicas
 - c) Postura de acolhimento com indicativo de que é um trabalho difícil, porém possível
 - d) Postura de reprovação e julgamento
 - e) Nenhuma das anteriores
4. Assinale Verdadeiro (V) ou Falso (F). Para a elaboração do Projeto de Vida do paciente devem ser levados em consideração os seguintes aspectos:
 - () a) Os aspectos familiares são os mais importantes
 - () b) Os aspectos econômicos e financeiros não devem ser considerados
 - () c) A mudança no estilo de vida do paciente nem sempre é importante
 - () d) A participação em grupos de autoajuda é recomendada a todos os pacientes
 - () e) O paciente deve buscar ter um trabalho formal, já que trabalhos temporários e informais colaboram nos processos de recaída

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 "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).

Veja algumas "definições" de família:

A família é um sistema(*) semiaberto, 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 os seus membros.

(MINUCHIN, 1997; ANDOLFI, 1998)

(*) Sistema = Elementos de um todo, que se interrelacionam, funcionando de maneira integrada. Não existe hoje, no Brasil, um modelo único e geral de família

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.

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)



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.

Prevenção Indicada

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.

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)

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)

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 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 ilícitas podem trazer, pois às vezes supervalorizam e temem as drogas **ilícitas**, mas minimizam o prejuízo das drogas lícitas (MALUF et al, 2002).

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.

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!

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".

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.

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 (SPOTH e REMOND, 1994, GRYNN, 1981).

NOTA:

Ambivalência: quando existem ao mesmo tempo dois sentimentos ou duas ideias 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.

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.



BIBLIOGRAFIA

- Andolfi M, Angelo CL. Tempo e mito em psicoterapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.
- Araújo VA. Os papéis desempenhados numa família que inclui um participante alcoolista: abordagens psicodramática, psicanalítica e da teoria da comunicação. *Psicodrama*. 1999;3:36-55.
- Ayres JRCM. Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas: HIV/AIDS e abuso de drogas entre adolescentes. São Paulo: Casa de Edição. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1996.
- Barnes GM. Adolescent alcohol abuse and others problem behaviors: Their relationships and common parental influences. *J Youth Adolesc*. 1984;13(4):329-48.
- Bateson G. Pasos hacia una ecologia de la mente. Buenos Aires: Ediciones Carlos Lohlé; 1976.
- Bordin LS. Guia para a família: cuidando de pessoa com problemas relacionados com álcool e outras drogas. São Paulo: Atheneu; 2004.
- Brickman AL., Foote FH, Hervis O, Kurtnes WM. Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: A strategic structural systems approach, *J Consult Clin.Psychol*. 1988;56:522-57.
- Canoletti B, Soares CB, Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise de produção científica de 2001 a 2002. *Rev Interface Comun Saúde Educ*. 2004/2005; 9.
- Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New york: Basic Books; 1964.
- Ferrari AA. Fatores de risco para transorno decorrente do uso de substâncias psicoativas em adolescentes [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina; 2001.
- Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras - 1997. São Paulo: ABIFARMA/CEBRID; 1997.
- Galduroz JCF, Noto AR, Carlini EA. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. Brasília: SENAD/CEBRID; 2002.
- Grynn T. Drugs and family. Rockville: National Institute on Drug Abuse; 1981.
- Holanda AB. Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1988.
- Kalina E. Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991.
- Maluf DP, Humberg LV, Meyer M, Laranjo T, Takei E. Drogas: prevenção e tratamento. O que você queria saber sobre drogas e não tinha a quem perguntar. São Paulo: Editora CLA; 2002.
- Man J, organizador. A Aids no mundo. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABI/IMS-Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1992.
- Minuchin S. Famílias: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
- NIDA - National Institute Drug Abuse, Substance Abuse, 2002.
- Oaklander V. Descobrimdo crianças: abordagens gestáltica com crianças e adolescentes. São Paulo: Summus; 1980.
- Oliveira ALC. O papel da família na prevenção primária precoce do uso, abuso e dependência de drogas. O mundo da saúde. 2001;25(3).
- Organização Mundial de Saúde - Day health of youth - 1989.
- Palazolli MS, Boscolo L, Cechin G, Prata G. Paradox and counterparadox. New York: Jason Aronson; 1978.
- Patterson GR. Coercive family process. Eugene, OR: Castalia Publishing, 1982.

- Pedrosa MI. O papel da família na prevenção ao uso de drogas, [monografia]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; 2004.
- Schenker M, Minayo. MCS. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(3):694-59.
- Silva EA. Abordagens familiares. *J Bras Dep Quím*. 2001;2(Supl.1):21-4.
- Spoth R, Redmond C. Effective recruitment of parents into family focused prevention research: a comparison of two strategies. *Psychol Health*. 1994;9:353-70.
- Szapocznik J, Perez A. Family interventions. *January*, 25-26, 1996.
- Wang MQ, Field RC, Eddy JM. Family and peer influences on smoking behavior among american adolescents: an age trend. *J Adoles Health*. 1995;16:200-3.

ATIVIDADES

Questões Reflexivas:

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: Luis 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.

Teste seu conhecimento

Procure levantar brevemente sua história familiar a partir de seus avós, pais e família constituída pelo casamento se for casado(a) e observe se existe alguma pessoa com uso abusivo ou dependente de drogas.



1. De acordo com o que você aprendeu neste capítulo assinale abaixo a alternativa CORRETA em relação à definição do conceito de família
 - a) É um sistema fechado onde ocorrem trocas relacionais e compromissos sociais e culturais
 - b) É um sistema definido especialmente pelo vínculo sanguíneo entre seus membros
 - c) Atualmente seu conceito é amplo, é um sistema semi-aberto e uma referência básica na formação de uma pessoa; no seu interior é que ocorrem as primeiras experiências de vínculo
 - d) No Brasil, principalmente, há um modelo único e geral de família
 - e) As famílias costumam mais atrapalhar do que ajudar no tratamento de dependência de drogas
2. Assinale a alternativa que melhor reflete os desafios que as famílias brasileiras enfrentam atualmente
 - a) Dificuldade de compreensão dos pais em relação à adolescência de seus filhos
 - b) 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 ilícitas e ilícitas
 - c) Lidar com o crescimento dos filhos e o envelhecimento dos pais
 - d) Não permitir que os filhos saiam de casa antes de terminar o curso universitário
 - e) Lidar com as ansiedades e temores frente ao abuso e dependência de drogas ilícitas
3. Em relação às estratégias preventivas junto às famílias é CORRETO afirmar:
 - a) Devem estar vinculadas a outras ações conjuntas da escola e da comunidade como um todo
 - b) Devem estar relacionadas apenas para o funcionamento familiar sem necessidade de ações conjuntas
 - c) A família é um sistema aberto autônomo e não necessita de ações conjuntas
 - d) A família é um sistema fechado e possui regras próprias, portanto, necessita ser tratada de acordo com sua história
 - e) Há duas alternativas corretas

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.



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

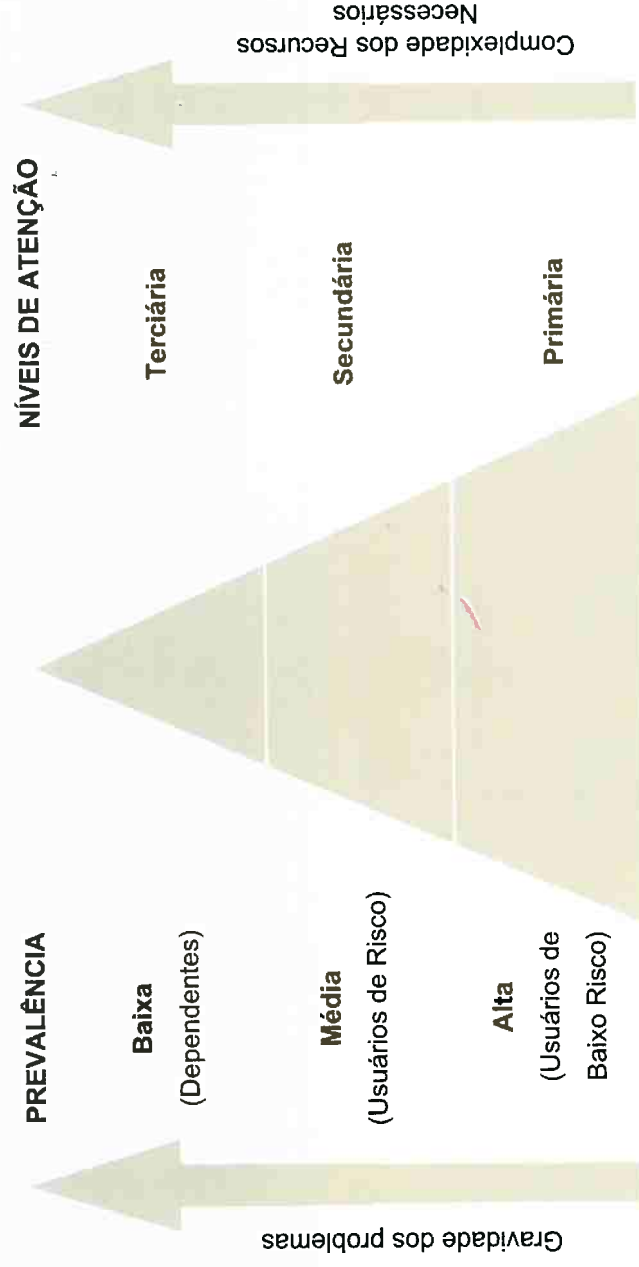
- Hospitalocêntrico - sem contato estreito com outros recursos da saúde e da comunidade;
- Centrado no médico;
- Inadequado para execução de projetos terapêuticos específicos;
- Inadequado com relação à estrutura física (fechada) do hospital;
- Um incentivo ao preconceito e à estigmatização.

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.



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)

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 de Políticas Sobre Drogas - 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 organizações 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.

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 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 deem 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.

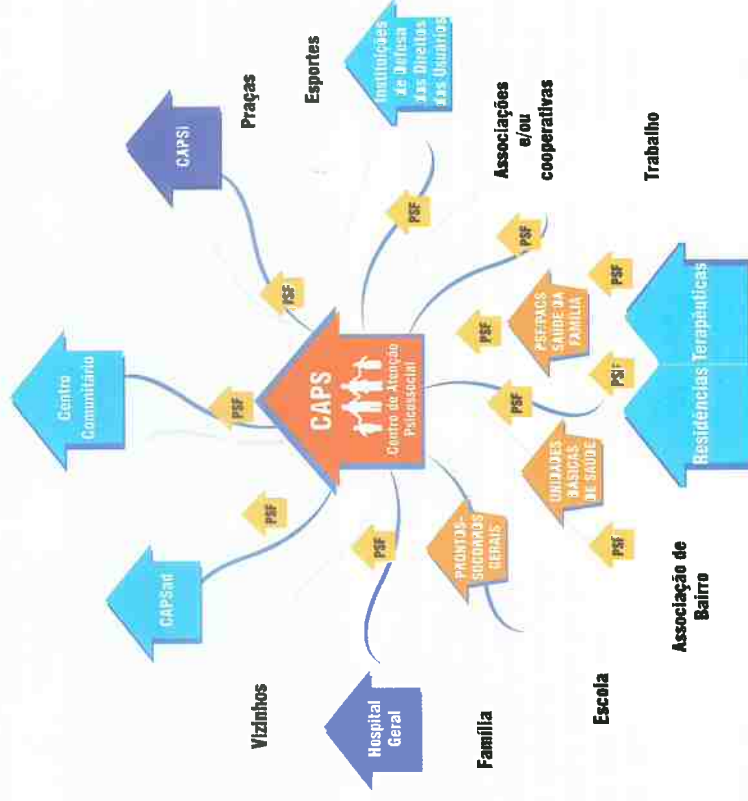
Em resumo, a Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil tem entre seus objetivos deslocar para a comunidade e para os serviços extra-hospitalares a assistência às pessoas com problemas mentais, considerando entre essas pessoas aquelas usuárias e/ou dependentes de álcool e outras drogas.

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.

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, 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 ideia 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 frequentam (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.

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 Sallette Maria Barros Ferreira

"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)

Assim, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) 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).

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 Sallette Maria Barros Ferreira

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.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASIL, 2004b)



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 comorbidade - 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.

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 *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 18hs, de 2ª a 6ª feira.

CAPS II

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

CAPS III

Municípios com população acima de 200.00 habitantes. Funciona 24hs, diariamente, também nos feriados e fins de semana.

CAPS i (para a infância e adolescência)

Em municípios com população entre 20.000 habitantes. Funciona das 8 às 18hs, de 2ª a 6ª feira e pode ter um terceiro período, funcionando até 21hs.

CAPS-ad

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



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 sóciofamiliar*, 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.

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

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.

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 **Officinas 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.

BIBLIOGRAFIA

Brasil. Política Nacional sobre Drogas/Brasília: Presidência da República Secretaria Nacional Antidrogas, p. 22 -24, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 305 - 30 de abril de 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVC/CN - DST /AIDS, 2ª edição revista e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. 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: Ministério da Saúde; 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS. Brasília, 2004c.

Delgado PG. A dívida histórica da Saúde Pública com a questão do álcool e outras drogas. In: Acseirad G, organizador. Aessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 165-81.

Pitta A. Tecendo uma teia de cuidados em saúde mental. In: Venâncio AT, Cavalcanti MT, organizadores. Saúde mental: campo, saberes e discursos. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA; 2001. p. 277-82.

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.

ATIVIDADES

Teste seu Conhecimento

1. São princípios do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integral a Usuários de Alcool e outras Drogas:
 - a) Ênfase em serviços 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 dano, a noção de Território, a inclusão Social e a intersectorialidade
 - d) Todas as anteriores estão corretas
 - e) Existe uma alternativa incorreta
2. Os CAPS-ad (Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas):
 - a) Atendem diariamente pessoas com leves 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) São responsáveis por casos leves complexos e por casos mais graves
 - d) Devem atender qualquer problema psiquiátrico, mesmo que não envolva o uso de álcool ou outras substâncias
 - e) Trabalha com equipe multidisciplinar não articulada à rede de saúde



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 et all. 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 *restituição 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 reinstaurar laços perdidos ou esfacelados*, pelo que for possível a cada família, ou construí-los de 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?

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



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

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 resolutiva, 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 contrarreferência, **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

A proximidade dos PSF do dia a dia das comunidades confere um privilégio no alcance das suas equipes e no seu potencial de abordagem dos problemas com álcool e outras drogas. Para isto, a capacitação destas equipes deve incorporar as técnicas de identificação precoce e intervenção Breve. No entanto, é importante que os profissionais dos PSF saibam que nem toda pessoa identificada como tendo problemas com drogas deve ser encaminhada para os CAPS-ad ou outros serviços especializados. Os PSF têm resolutividade na atenção a estas pessoas e o Apoio Matricial dado pelos CAPS-ad pode contribuir para a discussão dos casos mais difíceis. Em todos os casos, não se deve perder de vista que a postura diante das pessoas que usam drogas deve ser de acolhimento e reflexão e não de imposição e exigência.

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 peculiaridades 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 *sinforma 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 integradas 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, leitões 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 Sobre Drogas 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 frequentar 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.



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.

BIBLIOGRAFIA

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Portaria SAS/MS. Brasília, 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVC/CN - DST / AIDS, 2ª edição revista e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.
- Brasil. Ministério da Saúde. 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: Ministério da Saúde; 2004b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 305 - 30 de abril de 2002.
- Cecílio LCO. As necessidades da saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos AR, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2001. p. 113-126.
- Lancetti A. Saúde e loucura 7: Saúde mental e saúde da família, 2ª edição. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.
- Merhy EE, Miranda Jr H, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano, 2ª edição. São Paulo: Editora Hucitec; 2004.
- Projeto Casulo. Disponível em: <<http://www.ice.org.br>. 2006>.

ATIVIDADES

Teste seu Conhecimento

1. Assinale as alternativas VERDADEIRAS, no que se refere a Rede de atenção às pessoas dependentes de álcool ou outras drogas:
 - a) Os recursos utilizados na construção de uma Rede de Atenção são: as tecnologias de cuidado, acolhimento e vínculo, incluindo-se a internação hospitalar
 - b) Os recursos utilizados na construção de uma Rede de atenção são: as tecnologias de cuidado, acolhimento e vínculo excluindo-se a internação hospitalar
 - c) As Redes são organizadas em torno das comunidades e das famílias, deixando de incluir seus problemas e suas dificuldades
 - d) A Rede de cuidados se apresenta como estática, permanente e pronta para possibilitar mudanças
2. A rede básica de saúde no atendimento a usuários de álcool e outras drogas inclui:
 - a) Centros de saúde locais, o Programa de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde
 - b) Centros de saúde locais, o Programa de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e integração com os Centros de Atenção Psicossocial
 - c) As alternativas "a" e "b" estão corretas
 - d) Só existe uma alternativa correta
3. Qual das afirmações abaixo NÃO faz parte da lógica do Apoio Matricial
 - a) Serviços mais especializados (como os CAPS-ad) devem apoiar as equipes de Atenção Básica, disponibilizando tempo e espaço para discutir casos, que, em um primeiro momento, não tenham tido resolutividade
 - b) Todas as pessoas com problemas graves relacionados ao uso de substâncias, devem ser encaminhadas para tratamento nos CAPS-ad (sistema de referência e contrarreferência)
 - c) A equipe dos CAPS pode discutir os casos trazidos pelas equipes de Atenção Básicas e atendê-los conjuntamente, compartilhando sua responsabilidade
 - d) Com a lógica do Apoio Matricial evita-se que todos os casos graves sejam encaminhados para os serviços mais especializados
 - e) O CAPS dentro outros serviços, é mais um, no atendimento para problemas relacionados ao uso de drogas



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 consequências do uso dessas substâncias pode ser decisivo. E, com uma boa conversa pelo VivaVoz, pode ficar mais simples entender tudo isso.

O QUE É O VIVAVOZ?

O VIVAVOZ é uma central telefônica de orientações e informações sobre a prevenção do uso indevido de drogas. O telefonema é gratuito e o atendimento é sigiloso. A pessoa não precisa se identificar.

É BOM FALAR COM QUEM ENTENDE

- O atendimento é realizado por consultores capacitados e supervisionados por profissionais, mestres e doutores, da área da saúde
- Os profissionais indicam locais para tratamento
- Oferecem aconselhamento por meio de intervenção breve para pessoas que usam drogas e seus familiares
- Prestam informações científicas sobre drogas

O VIVAVOZ é resultado de uma parceria entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, a Universidade Federal de Ciências de Saúde de Porto Alegre e o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), do Ministério da Justiça.

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

MÓDULO 7

A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede de Atenção Primária à Saúde

GUIA DO ESTUDANTE

VÍDEOS

7 MÓDULOS E GUIA DO ESTUDANTE EM CD

