



caminhos  
do  
cuidado

# Guia de Saúde Mental

atendimento e intervenção com  
usuários de álcool e outras drogas





## Apresentação

Este guia de saúde mental compõe o material didático dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (ATEnfs) que atuam na Atenção Básica, e que participam do curso *“Caminhos do Cuidado” – Formação em saúde mental, com ênfase em crack, álcool e outras drogas, para agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem da saúde da família.*

O guia é uma ferramenta de trabalho e tem como objetivo apoiar os ACSs e ATEnfs no desenvolvimento de ações de cuidado em saúde mental às pessoas, famílias e comunidade que fazem parte do território de atuação desses profissionais.

O material apresenta de maneira simples, questões do cotidiano do trabalho vivo dos profissionais nas diferentes regiões do Brasil e busca, por meio de informação e dicas práticas, ampliar suas possibilidades de intervenção, qualificando sua atuação na Atenção Básica.

Espera-se que os conteúdos deste guia contribuam para minimizar as angústias que os profissionais sentem ao se depararem com pessoas e famílias que têm, ou que convivem com problemas de saúde mental, em especial com aqueles decorrentes do uso prejudicial de álcool, crack e outras drogas.

## **Projeto “Caminhos do Cuidado” - Formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem da Atenção Básica**

2013 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

Elaboração, distribuição e informações:

### **Ministério da Saúde**

**Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**

**Departamento de Gestão da Educação na Saúde**

Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Brasília - DF / CEP: 70058-900

Tel: (61) 3315-2858    <http://portal.saude.gov.br/sgtes>

### **Fundação Oswaldo Cruz**

**Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde**

Campus sede Av. Brasil, 4365 - Manguinhos - Rio de Janeiro / CEP 21045-360

Tel: (21) 2598-4242    [http://www.fiocruz.br/pos\\_iciet](http://www.fiocruz.br/pos_iciet)

### **Grupo Hospitalar Conceição**

**Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde**

Rua Francisco Trein, 326 - Bairro Cristo Redentor - Porto Alegre/CEP 91350-200

Tel: (51) 3357-2000    <http://escola.ghc.com.br/>

**Coordenação Geral**

Alexandre Medeiros de  
Figueiredo  
Helvécio Miranda Magalhães  
Mozart Julio Tabosa Sales  
Roberto Tykanori Kinoshita

**Coordenação Técnica**

Cláudio Antônio Barreiros  
Edelves Vieira Rodrigues  
Lanusa Terezinha Gomes  
Ferreira  
Lisiane Bôer Possa  
Marcelo Pedra Martins  
Machado  
Marco Aurélio de Rezende  
Maria Cristina Soares  
Guimarães  
Maria Conceição Rodrigues de  
Carvalho  
Mônica Diniz Durães  
Quelen Tanize Alves da Silva

**Coordenação Pedagógica**

Renata Pekelman  
Sueli Goi Barrios

**Autores**

Antonio Lancetti  
Marco Aurélio S. Jorge  
Sergio Alarcon  
Marise Leão Ramoa  
Pedro Augusto Papini

**Colaboradores**

Edelves Vieira Rodrigues  
Karina Rosa da Rosa Sirangelo  
Rita Pereira Barboza  
Renata Pekelman  
Sueli Goi Barrios  
Stefanie Kulpa

**Direção de arte**

Flávia de Carvalho

**Projeto gráfico e diagramação**

Vinicius Guimarães

**Ilustrações**

Clara Gavilan

# Sumário

|                                                                                                             |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1.</b> Introdução .....                                                                                  | <b>07</b> |
| <b>2.</b> Quatro princípios para ação<br>em saúde mental .....                                              | <b>12</b> |
| <b>3.</b> Seis atitudes do Agente<br>Comunitário de Saúde e<br>do Auxiliar e Técnico de<br>Enfermagem ..... | <b>15</b> |
| <b>4.</b> Aprendizados para a<br>convivência .....                                                          | <b>20</b> |
| <b>5.</b> O Conceito de Rede .....                                                                          | <b>22</b> |
| <b>6.</b> O que é Redução de Danos?.....                                                                    | <b>26</b> |
| <b>7.</b> Tipos de Drogas .....                                                                             | <b>30</b> |
| <b>8.</b> Estratégia de Saúde da<br>Família e Estratégia de<br>Redução de Danos .....                       | <b>34</b> |
| <b>9.</b> Como atuar em territórios<br>violentos?.....                                                      | <b>40</b> |
| <b>10.</b> O que significa “vencer”?.....                                                                   | <b>43</b> |

# 1

## Introdução



**H**istoricamente, a Psiquiatria atuava no controle do comportamento de pessoas quando acometidas de um grave sofrimento mental. Muitas vezes, a pedido das famílias, retirava essas pessoas de suas casas e de seu grupo de convívio internando-as em manicômios, sanatórios ou hospitais psiquiátricos. Em alguns desses estabelecimentos, os familiares eram impedidos de ver o paciente nos primeiros dias e até mesmo após meses de internação, o que criou muitas injustiças. Isso por que, na condição de doentes, essas pessoas ficavam privadas do convívio social, sem poder administrar seus bens e sem exercer nenhum direito.

Essa maneira de tratar as pessoas portadoras de transtornos mentais, além de tirar os direitos de cidadania, mostrou-se produtora de doença e não de saúde. De fato, os velhos manicômios, que ainda existem, encontram-se lotados de homens e mulheres que a cada dia se tornam menos habilitados para a vida cotidiana em sociedade.

Qualquer um de nós que passe uma curta temporada num desses lugares sairá de lá mais angustiado do que antes de entrar.

Assim, com o objetivo de transformar, melhorar

e humanizar o cuidado dessas pessoas foi desenvolvido uma série de ideias e ações, em todo território nacional, que posteriormente originou a conhecida “Lei da Reforma Psiquiátrica”.

Promulgada em 2001, a Lei 10.216 outorgou direitos a essas pessoas. Mesmo em casos excepcionais e extremos, como quando alguém é internado involuntariamente por solicitação familiar e autorização médica, a lei prevê notificar o Ministério Público em até 72 horas, assim como obriga a revisão periódica da medida, evitando com isso todos os possíveis abusos e injustiças.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, que é política de Estado, foi considerada exemplo pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Nas últimas duas décadas foram desativados milhares de leitos psiquiátricos, o que significou um enorme trabalho de reabilitação e reintegração social de homens e mulheres antes confinados nesses locais, em condições sub-humanas.

No Brasil, já foram instalados aproximadamente 2050 Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) que atendem as pessoas com sofrimento mental, substituindo os velhos hospícios. Alguns deles – os CAPS III

– possuem camas para acolhimento noturno e atendimento durante as 24 horas do dia.

Para os casos de pessoas que já perderam os vínculos com seus familiares devido a internações de longa duração (muitos deles com 5, 10, 20 ou mais anos de internação), foram criadas moradias especiais onde residem até 10 pessoas, inseridas na comunidade e acompanhadas por cuidadores e pelos CAPS. Essas moradias são denominadas de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

10

Nessa nova forma de cuidado, a lógica manicomial se dissipa. Em vez de “ajudar” às famílias retirando seus membros mais “problemáticos” do núcleo familiar, propõe-se, agora, ajudar a família para que esta ajude seus membros mais necessitados.

Assim, a mesma diretriz adotada para as pessoas com intenso sofrimento mental deve também ser adotada para os usuários de drogas: em vez de afastar esse membro de sua família e de sua comunidade, é fundamental buscar integrá-lo.

Já as ações da Estratégia da Saúde da Família (ESF) devem, em conjunto com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), evitar o isolamento social e apoiar as famílias para que estas consigam lidar

com seus membros mais problemáticos. Este deve ser o objetivo dos ACS que circulam pelos bairros e pelos locais onde as pessoas vivem, assim como dos ATEnf que os acolhem nas Unidades Básicas de Saúde. Em suma, este deve ser o objetivo de toda a equipe da Atenção Básica.

# 2

## Quatro princípios para a ação de Saúde Mental



## **1. Tratar e apoiar o grupo familiar para que este possa lidar de modo mais salutar com seu membro mais doente e não retirá-lo do convívio como forma de “resolver” o problema.**

Cada vez que uma pessoa é internada, principalmente quando a internação se prolonga por longos períodos ou acontece por repetidas vezes, criam-se novos problemas. Só a título de exemplo, destaca-se o risco da dependência institucional, onde a longa permanência nessas instituições desabilita essas pessoas para a vida.

Da mesma forma, jovens afastados de suas famílias, da escola e da comunidade, ficam mais expostos ao risco do uso prejudicial de drogas e da prática de atos que podem comprometer sua liberdade e seu desenvolvimento pessoal e social.

## **2. Priorizar as famílias com maior risco e que se encontram com maior dificuldade para enfrentar o problema.**

## **3. Buscar e estimular parcerias no território para garantir o atendimento.**

Nos locais onde a RAP está constituída; em que existem serviços de Saúde Mental como CAPS e/ou

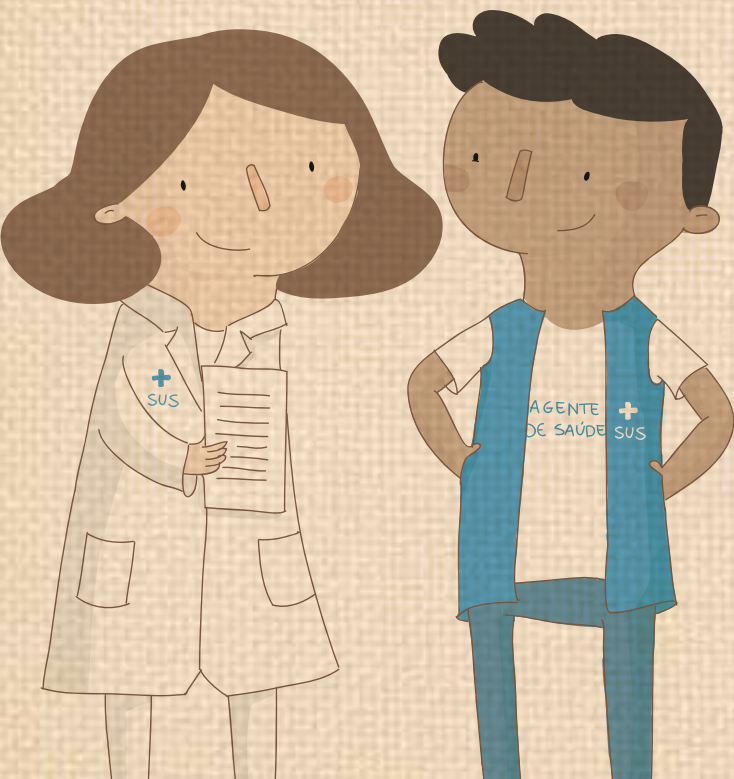
Unidade de Acolhimento (UA), que são moradias para usuários de drogas que se encontram em processo de reabilitação; em que existem também equipes de Consultórios na Rua e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dentre outros, é fundamental que todos se apoiem e colaborem para buscar o atendimento. Porém, ainda que o usuário permaneça em acolhimento intensivo nos serviços de 24 horas, ou internado para desintoxicação em hospital geral, ele e a família continuarão sob responsabilidade dos profissionais da equipe da ESF e dos profissionais de saúde mental e de saúde como um todo.

### **4. Monitorar e acompanhar, passo a passo, cada paciente, individualmente.**

Com ou sem intervenção de equipes de saúde parceiras, cada caso deve ser monitorado e acompanhado passo a passo pela equipe da ESF. É de fundamental importância que os compromissos pactuados sejam cumpridos com extremo zelo. Muitas das pessoas atendidas tiveram passado institucional negativo de privação de direitos, e estão acostumadas a nunca serem levadas a sério.

# 3

## Seis atitudes do Agente Comunitário de Saúde e do Auxiliar e Técnico de Enfermagem



## 1. Noção de família

Toda pessoa tem uma ideia de família que aprende com o convívio familiar e com o grupo social. Porém, no trabalho encontramos os mais variados tipos de grupos e arranjos familiares.

*Consideramos família todo grupo de pessoas que coabitam e/ou desenvolvem entre si as mais variadas formas de convívio afetivo.* Este é o conceito de família com que trabalhamos.

16

## 2. Suspensão provisória da opinião

Toda pessoa possui um modo de entender a vida e tende a ajudar os outros partindo do seu modo de compreensão. Contudo, deve-se cuidar para não impor a sua própria visão de mundo ao outro, seja ela qual for, inclusive as de matriz religiosa. As pessoas devem ser aceitas e respeitadas conforme sua maneira própria de entender a si mesmas e ao mundo. Só assim torna-se possível entendê-las e estar aptos para ajudá-las. Por isso, deve-se evitar inicialmente, dar conselhos. No caso de usuários de drogas, nunca dar “sermões” ou “lições de moral”. Todo dependente de drogas tem no grupo familiar e na comunidade alguém que insista em que ele pare de usar drogas. A experiência demonstra

que, quanto mais se pede para parar, mais vontade o usuário tem de usar.

Todas as pessoas, loucas ou não, usuárias circunstanciais ou prejudiciais de drogas legais ou ilegais, mantêm um diálogo com um interlocutor invisível (pode ser um Deus, uma crença, etc.); toda pessoa tem uma teoria a respeito do seu sofrimento ou desequilíbrio. A maneira a ser escolhida para intervir nesse diálogo, será resolvida na discussão de casos que devem ocorrer sistematicamente nas equipes das ESFs ou entre as equipes de Unidade Básica de Saúde (UBS) e as equipes parceiras (por exemplo, equipes de Saúde Mental ou de Redução de Danos ou NASFs).

### **3. O Agente Comunitário e o Auxiliar ou Técnico de Enfermagem são membros de uma equipe**

É comum que o ACS se encontre diante de problemas de difícil solução. É importante ter em mente que não é preciso dar respostas imediatas, tampouco se sentir sozinho, já que faz parte de um grupo de trabalho que deve se apoiar permanentemente. O ACS pode dizer: “Vou discutir com minha equipe de que maneira podemos ajudar”.

A mesma atitude deve ser tomada pelos ATEnfs durante acolhimentos ou procedimentos de saúde.

## 4. Atenção ao grupo familiar

Quando há um louco, um usuário compulsivo de drogas numa família ou alguém que sofreu algum tipo de violência, a tendência é focar somente nesse membro do grupo. Nossa preocupação e interesse deve ser a família toda. É fundamental olhar para todos e para a maneira como eles se tratam e se relacionam entre si.

É fundamental também estar atento a outros problemas de saúde, muitas vezes não explicitados na queixa, tais como doenças cardiovasculares ou diabetes.

18

## 5. A programação elaborada para cada família deve ser observada passo a passo.

Para cada grupo familiar será elaborado um Projeto Terapêutico. Esse Projeto deve ser seguido com o maior zelo. Muitas das pessoas que cuidamos, estiveram internadas em hospitais psiquiátricos ou em internatos para adolescentes em conflito com a lei. Nesses lugares elas se acostumaram a não serem escutadas e sua palavra não foi valorizada.

Devemos ter muito cuidado no cumprimento de compromissos firmados, seja quando elaboramos um Projeto Terapêutico; ou quando prometemos passar em horário combinado; ou ao acompanharmos alguém

para participar de uma caminhada na UBS para ir à escola ou para levar um medicamento. Uma mínima falha naquilo que prometemos fazer e que ficou acertado com o usuário e o familiar pode pôr tudo a perder.

## 6. Somos todos Agentes de Saúde

O ACS e o ATEnf, assim como todo profissional que trabalha na ESF, são “agentes de saúde” ou “defensores da vida”. Por esse motivo é fundamental buscar ajudar todas as pessoas de sua área de abrangência, independentemente do credo que professem ou do que elas fazem para sobreviver. Todos têm direito à atenção em saúde.

Por essa razão, as equipes devem evitar participar de conflitos familiares e comunitários. Essa ação continuada permite a conquista da confiança e da ascensão afetiva. Daí que, frente a situações, por exemplo, de violação de direitos, violência ou abuso sexual, a notificação a instituições de defesa, que incluam ou não a participação da polícia, deve ser pensada com o máximo cuidado. Somente dessa forma conquistaremos o respeito da comunidade e a segurança para cada trabalhador de saúde.

# 4

## Aprendizados para convivência



- a) Aprender a não produzir agressões, sejam físicas, com palavras ou com o descaso;**
- b) Aprender a cuidar de si;**
- c) Aprender a dar valor às realizações e saberes coletivos;**
- d) Aprender a conhecer e aceitar as pessoas como elas são.**

Esses aprendizados para convivência, inspirados no educador colombiano Bernardo Toro, aparentemente simples, são orientações para a nossa ação de saúde mental e de redução de danos.

Como agentes de saúde, optamos pela vida e essa opção é o fundamento de nossa ética.

# 5

## O Conceito de Rede



Qualquer serviço de saúde, por mais que seja complexo e bem equipado, não consegue sozinho dar conta da atenção integral aos indivíduos e coletivos. Essa tarefa depende de muitos saberes e práticas para que o cuidado em saúde ocorra de forma ampliada e contínua. Assim, pensamos como estratégia o trabalho em rede.

A palavra “rede” pode estar associada a várias coisas de nossas vidas. As redes de pesca, redes para dormir ou descansar, a Internet, dentre outros.

Quando pensamos em rede de atenção à saúde, pressupomos seu sentido amplo, com maior abrangência e melhores possibilidades de buscar soluções de forma coletiva.

Segundo o Ministério da Saúde, a rede de atenção à saúde é composta pelo conjunto de serviços e equipamentos disponíveis num determinado território geográfico, seja ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde. Esses serviços são como os nós de uma rede: uma Unidade Básica de Saúde, um Hospital Geral, um Centro de Atenção Psicossocial, o Conselho Municipal de Saúde, uma UPA, dentre outros. Mas só isso não é o suficiente.

Para se pensar em rede, não basta ter a oferta

de serviços. É necessário refletir como esses serviços se relacionam entre si e como se estabelece a comunicação entre as diferentes equipes. É preciso garantir uma ampliação da comunicação entre os serviços e as pessoas; só assim podemos contribuir para que as redes de atenção sejam sempre produtoras de saúde em um dado território.

Com a ampliação do conceito de saúde, que não é apenas a ausência de doenças, mas inclui também as boas condições de moradia, trabalho, lazer, participação social, etc., a construção de redes tornou-se um caminho necessário para permitir criar múltiplas respostas no enfrentamento das situações de saúde/doença.

Em um trabalho de rede de atenção à saúde, deve estar claro que ninguém é mais importante do que o outro e que todos devem buscar estabelecer uma construção coletiva e compartilhada.

As maneiras como as equipes estabelecem relações com outras equipes, fazem toda a diferença no trabalho em rede. Se as aproximações são definidas de uma forma burocrática, engessada, com pouca interação, a rede se torna uma rede fria. Mas, na medida em que consigam reconhecer que são com-

plementares e compreender suas finalidades de produção de saúde ampliada; podemos dizer que as equipes estão conseguindo construir uma rede quente, propiciando a autonomia e participação ativa dos usuários na construção das estratégias de cuidado. Assim, essas equipes e trabalhadores poderão ter maior potência no seu agir, maior agilidade na tomada de decisões e atuação em tempo mais adequado, diminuindo o sofrimento dos usuários e familiares.

# 6

## O que é Redução de Danos?



**R**edução de Danos (RD) é uma estratégia para aumentar a qualidade de vida das pessoas. Essa estratégia está fortemente alicerçada no estabelecimento de vínculo de confiança e empatia entre profissionais da equipe de saúde e o usuário. A prática de RD é construída conjuntamente – não é imposta pelos profissionais de saúde e visa à diminuição de malefícios à saúde relacionados aos hábitos de vida dos sujeitos.

No contexto da ESF podemos reduzir danos em diversas situações: pessoas que tem diabetes e/ou hipertensão, por exemplo, podem ser orientadas à substituição de alimentos. No que tange ao cuidado de pessoas que usam drogas, o trabalho segue na linha de atenuar os agravos relacionados ao uso de drogas e buscar construir conjuntamente um modo de viver mais saudável.

Enfatizamos que a Atenção Básica já possui ferramentas que podem ser utilizadas para desenvolvermos estratégias de redução de danos, tais como: a escuta, o acolhimento, o vínculo e o acompanhamento ao longo do tempo; pensando o usuário de uma maneira integral.

Neste sentido, a RD pode ser utilizada para beneficiar as pessoas que usam drogas, diminuindo os riscos decorrentes dessa exposição.

Quando uma pessoa está com problemas envolvendo consumo de drogas, é possível que tenha uma série de outros problemas decorrentes desse uso ou pode ocorrer simplesmente que ela não esteja atenta à sua condição de saúde. Portanto, para utilizarmos a estratégia da RD, é importante perguntar para o usuário que solicita ajuda quais malefícios o consumo de drogas está lhe causando e como poderíamos diminuir ou eliminar alguns desses malefícios. Uma pessoa que está em uma relação dependente de uso de drogas muitas vezes não quer, não pode, ou não consegue parar de usar drogas. Mesmo assim, é preciso que estejamos dispostos a ajudá-la a cuidar de sua saúde, da melhor maneira possível.

Um comitê de especialistas da Organização Mundial de Saúde – OMS adotou a expressão Redução de Danos pela primeira vez em 1993. A Estratégia da Redução de Danos se demonstrou eficaz no seu início, quando se ofertavam seringas aos usuários de drogas injetáveis (UDI).

Em São Paulo, o PROAD/UNIFESP (Programa de Orientação e Assistência ao Dependente, Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica, da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo)

realizou uma experiência de substituição de crack por maconha. O resultado foi que 68% dos pacientes avaliados conseguiram parar de usar crack e, muitos pararam também de usar maconha. Estudos mostraram ainda que, além de fazer a substituição, esses pacientes avaliados voltaram a trabalhar; namorar; estudar; dentre outros (Labliaglini, 2000).

É muito comum que pessoas que usam drogas tenham dificuldade de procurar ajuda nos serviços de saúde, pois temem que sejam internadas, presas ou que receberão alguma repreensão do profissional de saúde. Antes de tudo, é preciso produzir vínculos.

A RD é uma estratégia muito eficaz para produzir vínculos. Quando pensamos por essa lógica, não julgamos unilateralmente o que é melhor para o usuário. Construimos junto com ele o que ele pode fazer para melhorar a sua vida sem que isso envolva, necessariamente, parar completamente de usar drogas.

Existem inúmeras maneiras de fazer RD. Essa prática não se reduz à troca de seringas, de cachimbos, de drogas mais nocivas por drogas menos prejudiciais, de hidratação para diminuir os riscos de usar drogas sintéticas ou ao uso de camisinha. Antes de tudo isso, diz respeito ao modo de olhar e atuar na atenção em saúde.

# 7

## Tipos de drogas



**A**qui vamos falar um pouco sobre os tipos de drogas mais comuns em nosso meio.

Quando falamos a palavra “droga”, podemos nos referir a vários significados: droga como coisa ruim, como quando dizemos “Aquele time de futebol é uma droga!”; droga como coisa boa, como quando vamos a uma drogaria – comércio de drogas lícitas (remédios); droga como substância ilícita, como quando falamos do crack, da cocaína ou da maconha, dentre outros.

Essa variação de significados nos obriga a especificar sobre o que queremos dizer ao utilizar a palavra “droga”. Desde logo, alertamos que nos referimos aqui a substâncias químicas cuja propriedade, quando em contato com nosso organismo, faz alterar nossa consciência sobre o mundo e, por conseguinte, também a maneira de nos comportar. É, exatamente por sua capacidade de modificar a consciência das pessoas que essas drogas são chamadas de “psicotrópicas” (que quer dizer “atração pelo psiquismo”) ou “psicoativas” (que atuam modificando as funções psíquicas).

As drogas psicotrópicas (ou psicoativas) podem ser classificadas de diversas formas. Parece-nos interessante citar, em termos gerais, os seguintes critérios:

- a)** Segundo o tipo de alteração farmacológica que provocam no sistema nervoso central (SNC) e no comportamento do usuário;
- b)** Segundo a origem, se naturais ou sintéticas; ou
- c)** Conforme o estatuto jurídico, se lícitas ou ilícitas.

De uma forma ou de outra, quando se fala cotidianamente sobre as drogas, esses critérios são utilizados em bloco. Uma classificação muito difundida, por sua simplicidade e praticidade, é aquela que leva em conta o tipo de ação ou efeito farmacológico que as drogas causam no cérebro, dividindo-as em três grupos distintos.

O primeiro grupo reúne aquelas drogas capazes de, primordialmente, diminuir ou deprimir a atividade do cérebro. Por isso, essas drogas são chamadas de Depressoras da Atividade do Sistema Nervoso Central. O protótipo desse tipo é o álcool, mas há também os soníferos ou hipnóticos, que são os remédios para fazer dormir; os barbitúricos (fenobarbital, fenitoína), usados como remédios contra a convulsão na epilepsia; o grupo dos ansiolíticos como os benzodiazepínicos

(diazepam, bromazepam, lorazepam, etc.), chamados também de “calmantes”; os opiáceos ou narcóticos, que aliviam a dor (produzem anestesia) e dão sonolência, como a morfina e seus derivados (heroína, codeína, etc.); os inalantes ou solventes como a cola de sapateiro, tintas e removedores.

O segundo grupo de drogas psicotrópicas reúne aquelas que atuam aumentando a atividade cerebral, deixando-nos mais alerta, mais ativo. Por isso, essas drogas recebem a denominação de Estimulantes da Atividade do Sistema Nervoso Central. São exemplos: a cocaína, as anfetaminas e derivados, incluindo alguns anorexígenos recentemente proibidos e antes usados em fórmulas para emagrecimento e o tabaco.

Finalmente, há um terceiro grupo, constituído por drogas que agem modificando a qualidade do funcionamento cerebral. Por essa razão, este terceiro grupo de drogas recebe o nome de Perturbadores da Atividade do Sistema Nervoso Central. Representam esse grupo, drogas chamadas alucinógenas (capazes de induzirem alucinações) como a mescalina (do cacto mexicano); maconha ou THC (tetrahydrocannabinol); psilocibina (cogumelos); lírio (trombeteira, zabumba ou saia branca), o LSD, o ecstasy e os anticolinérgicos.

# 8

## Estratégia de Saúde da Família e Estratégia de Redução de Danos



Como foi observado anteriormente (item 6), a Redução de Danos é uma estratégia e uma prática de saúde pública que adota, entre outras possibilidades, procedimentos destinados a atenuar as consequências adversas do consumo de drogas. Pauta-se por uma lógica distinta das estratégias de “guerra às drogas” e das estratégias fundamentadas exclusivamente na abstinência.

As estratégias utilizadas sob o preceito da “guerra às drogas”, apesar dos imensos recursos que lhes são destinadas, têm se mostrado pouco eficazes, já que se observa o crescente consumo de drogas ilícitas e os danos provocados pela própria repressão. Além disso, as estratégias baseadas exclusivamente na abstinência também se apresentam como pouco eficazes no cuidado dos usuários. Relatos demonstram que apenas 20% dos usuários conseguem manter-se abstinentes por um período razoável de tempo. O período que a pessoa se mantém em abstinência é variado. No entanto, o retorno ao uso das drogas é evidente e, quando isso ocorre, essas pessoas sentem-se coibidas a procurar ajuda novamente.

Desse modo, ao considerarmos essa possibilidade, fica a grande pergunta: Como cuidar dos outros 80% que se mantêm em uso prejudicial?

Como prática de saúde pública a RD, além de ter se apresentado mais eficaz em sua proposta, visa primeiramente a melhoria da qualidade de vida das pessoas, está em plena sintonia com todas as experiências em saúde pública que buscam a defesa da vida.

Em geral, os usuários compulsivos de drogas não se adaptam aos procedimentos tradicionais de saúde: não procuram os serviços de saúde, não cumprem agendamentos, não demandam atendimento. Por isso, a Estratégia da Redução de Danos e a ESF se articulam observando o que segue:

- Os profissionais de saúde começam seu trabalho indo aos locais onde as pessoas fazem uso da droga, na tentativa de criar vínculos com as mesmas. Os profissionais da ESF iniciam seu trabalho cadastrando os usuários no domicílio ou na sua área de abrangência. As duas ações se baseiam no vínculo continuado. Na ESF o paciente, que em outros

serviços tradicionais era apenas um número de prontuário, transforma-se em pessoa com história de vida, sentimentos, alegrias, angústias e dor. Os pacientes conhecem seu agente de saúde, enfermeiros e médicos pelo nome e vice-versa. Na RD e na ESF, o êxito depende do vínculo de confiança que se cria entre os profissionais e os usuários.

- A potência do cuidado e da empatia abre o caminho interrompido pela separação dos usuários compulsivos de drogas com o resto da sociedade. Daí a importância de não chegar dando conselhos, tampouco sermões. O objetivo primeiro é aproximar-se; o segundo é cuidar e o terceiro é conseguir estimular no usuário uma vontade de mudança. Equipes de Consultórios na Rua com maior experiência conseguem que os usuários peçam ajuda para mudar de vida e diminuir o sofrimento que provoca o uso nocivo de drogas. Desse modo, equaliza-se os prazeres pessoais provocados pelo uso da droga com o sofrimento e perdas sociais também decorrentes do seu uso.

- Outra diretriz fundamental é a continuidade da relação estabelecida com usuários do serviço de saúde e o território. Muitas medidas, como internações forçadas em instituições fechadas (como as que aconteceram recentemente em São Paulo e Rio de Janeiro, preconizando “internações compulsórias massivas”) se mostraram mais uma vez ineficazes, porque a grande maioria desses pacientes voltou às zonas de uso. Na maioria das vezes, muito mais arredios ao contato com os profissionais de saúde do que antes de serem internados involuntariamente. Durante o período de internação conseguiram ficar em abstinência, mas não mudaram, nem foram preparados para dar continuidade ao processo de mudança de vida. Sabemos também que, sem um tratamento continuado, que atue sobre a qualidade de vida do sujeito, ou seja, sobre as causas dos problemas, muitas dessas pessoas se tornam dependentes de clínicas, hospitais, comunidades terapêuticas, sendo constantemente internadas ou abrigadas, num entra e sai que parece não ter fim.

- Para que a continuidade da atenção em saúde – sempre tão difícil – aconteça, é fundamental não desanimar, mesmo quando um paciente volta a usar drogas ou quando seus familiares continuam com a mesma atitude segregadora. É fundamental observar, quando uma pessoa volta a usar drogas e se esse uso é feito da mesma maneira ou se continua seu programa de vida, como, por exemplo, trabalhar, namorar, estudar, etc. As mudanças importantes podem ser pouco perceptíveis.
- A premissa fundamental para uma ação bem-sucedida é a parceria. Mesmo quando a equipe conta com a participação de especialistas, como técnicos dos CAPS Álcool e Drogas, os pacientes que habitam o território de abrangência da ESF continuam estando sob os cuidados dos ACS, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos. Na experiência de ESF, pacientes internados são e devem ser acompanhados por esses profissionais.

# 9

## Como atuar em territórios violentos?



**N**a sociedade moderna em que o individualismo é estruturante, imagina-se ilusoriamente que, erguendo muros e colocando cercas elétricas, as pessoas estarão mais seguras. A realidade demonstra o contrário. Para os profissionais que atuam em território violento, quanto mais laços se formam entre as pessoas, quanto mais cuidado se oferece; e quanto mais confiança se conquista, mais seguros estarão os profissionais de saúde.

Nos territórios violentos reina o silêncio. Como disse o filósofo francês Gilles Deleuze, a violência não fala. O contrário da violência é a palavra, a solidariedade e as relações democráticas.

As equipes que não conseguem conversar adoececem e ficam paralisadas. Daí a importância de criar condições para pensar, para compartilhar e para evitar situações sem saída.

Ao mesmo tempo, como já mencionado, a posição de agentes de saúde e defensores da vida é a via principal para conquista da segurança dos trabalhadores e liberdade de circulação pelos territórios violentos. Por isso, nossa posição deve ser neutra e nunca tomar partido nos conflitos locais. Uma

## 9. Como atuar em territórios violentos?

das funções mais nobres dos ACS e ATEnf, e seus companheiros de equipe, é a de contribuir com a criação de territórios de paz.

# 10

## O que significa “vencer”?



**S**e os profissionais de saúde que estão na ponta, que percorrem e conhecem os territórios, imaginam que irão “vencer”, eliminando a droga e acabando com os “drogados”, bem como com a extrema dificuldade em que vivem as pessoas de seu território, irão inevitavelmente se frustrar, adoecer e deixarão de perceber as mudanças positivas de cada situação.

Não existe o triunfo final nem a eliminação do problema, mas triunfos. E eles acontecem durante todo o processo de cuidado. A cada pessoa que integramos à sua família e à sua comunidade, conseguimos um triunfo.

Quando se consegue que uma pessoa, mesmo usando drogas, dê uma virada positiva na sua vida, experimentamos um triunfo.

Quando conseguimos partilhar o cuidado de alguém e dar continuidade ao mesmo, experimentamos um triunfo.

Quando se consegue uma aproximação com pessoas que rejeitam qualquer contato, experimentamos um triunfo.

Quando conseguimos cuidar de alguém que rejeita ajuda, experimentamos um triunfo.

Quando conseguimos que nos peçam ajuda e não os atendemos preconceituosamente, experimentamos um triunfo.

A cada diminuição de sofrimento, a cada aproximação, a cada confiança conquistada, experimentamos um triunfo.

Um dos maiores clínicos da dependência de drogas, Claude Olievenstein, disse que o contrário da droga não é a abstinência, mas a liberdade.

Em cada mínima experiência de triunfo e liberdade, percebemos que é possível vencer.

## Referência bibliográfica

ALARCON, S. & JORGE, M. A. S. **Álcool e Outras Drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1ª ed. 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica nº 34 – Saúde Mental**. Brasília, Editora MS, 1ª ed. 2013.

46

LABIAGLINI, E. J. **O uso de cannabis por dependentes de crack: um exemplo de Redução de Danos**, in: Fabio Mesquita e Sérgio Seibil (org). **Consumo de drogas: desafios e perspectivas**. São Paulo: Hucitec, 2000.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

\_\_\_\_\_. **Saúde Loucura 7. Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo, Hucitec, 2ª ed. 2001.





**RET-SUS**  
Rede de Escolas Técnicas do SUS



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**



Ministério da  
**Saúde**

Governo Federal

VENDA PROIBIDA