

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

Doutorado
PPgEnfBio

PPCENF

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Ampliando a rede: quando o usuário de drogas acessa a atenção psicossocial pela atenção básica

Expanding the network: when the drug user accesses psychosocial care through primary care services

Ampliando la red: cuando el usuario de drogas accesa la atención psicossocial por la atención básica

Marcela Pimenta Muniz ¹, Ana Lúcia Abrahão ², Ândrea Cardoso de Souza ³, Cláudia Mara de Melo Tavares ⁴, Lirys Figueiredo Cedro ⁵, Malena Storani ⁶

ABSTRACT

Objective: this study aimed to revealing the specificities of drug users' access to Psychosocial Assistance through Primary Care health services. **Method:** the semi-structured interview technique with health professionals working in this scenario was used, and data analysis was performed through a critical and reflective perspective. **Results:** the focus of access of drug users has been guided, above all, in the logic of the host. It could be listed stress points that are established in the different modes of Primary Care approach to the reception of drug users, considering the proposals of Ethic Care through Reduction of Harm. **Conclusion:** it believes that health professionals involved should search for evidences in the proposals of the Public Health System and the Psychiatric Reform so these health networks qualify the answers they have provided to these individuals. **Descriptors:** Mental health, Illicit drugs, Patient care team.

RESUMO

Objetivo: desvelar as especificidades do acesso do usuário de drogas a Atenção Psicossocial pela Atenção Básica. **Método:** utiliza-se a técnica de entrevista semiestruturada junto aos profissionais de saúde que atuam neste cenário, realizando-se a análise dos dados através de uma perspectiva crítica e reflexiva. **Resultados:** o enfoque do acesso dos usuários de drogas tem se pautado, sobretudo, na lógica do acolhimento. Puderam-se elencar pontos de tensão que se estabelecem em diferentes modos de abordagem da Atenção Básica para o acolhimento dos usuários de drogas, considerando-se as propostas da Ética do Cuidado através da Redução de Danos. **Conclusão:** acredita-se que os profissionais de saúde envolvidos devam buscar pistas nas propostas do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica para que as redes de saúde qualifiquem as respostas que têm oferecido a estes indivíduos. **Descritores:** Saúde mental, Drogas ilícitas, Equipe de assistência ao paciente.

RESUMEN

Objetivo: el presente estudio tuvo como objetivo desvelar las especificidades del acceso del usuario de drogas a la Atención Psicossocial por la Atención Básica. **Método:** se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada junto a los profesionales de la salud que actúan en este sector, y se realizó el análisis de los datos a través de una perspectiva crítica y reflexiva. **Resultados:** el enfoque del acceso de los usuarios de drogas ha sido pautado, sobretudo, en la lógica de la acogida. Se puede enlazar los puntos de tensión que se establecen en los diferentes modos de enfoque de la Atención Básica para la acogida de los usuarios de drogas, considerándose las propuestas de la Ética del Cuidado através de la Reducción de Daños. **Conclusión:** Se cree que los profesionales de la salud envueltos deban buscar pistas en las propuestas del Sistema Único de Salud y en la Reforma Psiquiátrica para que las redes de salud cualifiquen las respuestas que les han ofrecido a estos individuos. **Descritores:** Salud mental, Drogas ilícitas, Equipo de asistencia al paciente.

◆ Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Psiquiátrica da EEAAC/UFF, Doutoranda em Ciências do Cuidado em Saúde da EEAAC/UFF. E-mail: marcelapimentamuniz@gmail.com ² Diretora da EEAAC/UFF. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica da EEAAC/UFF. E-mail: abrahaoana@gmail.com ³ Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Psiquiátrica da EEAAC/UFF. E-mail: andriacz@ig.com.br ⁴ Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Psiquiátrica da EEAAC/UFF. E-mail: claumara@gmail.com ⁵ Enfermeira. Mestranda em Ciências do Cuidado em Saúde na EEAAC/UFF. E-mail: malenastorani@bol.com.br ⁶ Enfermeira no CAPS AD do Rio de Janeiro, Coordenadora do Setor de Álcool e Drogas do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, aluna do Mestrado Profissional de Ensino na Saúde da EEAAC/UFF. E-mail: malenastorani@bol.com.br

INTRODUÇÃO

Enquanto a política do Ministério da Saúde se posiciona em favor da construção de um modelo de atenção ao usuário de álcool e outras drogas orientado pela lógica da redução de danos, a Política Nacional sobre Drogas admite e incentiva a coexistência de distintos modelos de atenção à saúde desses usuários. A explicação para este esforço de conciliação entre racionalidades divergentes no que se refere ao conteúdo e à organização das práticas de saúde pode ser remetida ao conflito de interesses entre representantes dos diferentes modelos assistenciais no país.¹

O enfoque da atenção aos usuários de drogas ainda tem se pautado, muitas das vezes, pelo prisma jurídico, moral e de ordem pública, a despeito da abordagem sob uma perspectiva ampliada de saúde. Isto tem convocado os profissionais, usuários e universidades a dispararem debates que visem ao enfrentamento desta desarticulação.

A realidade das equipes de atenção básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de “saúde mental”: 56% das equipes de saúde da família referiram realizar “alguma ação de saúde mental”. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico.²

A Atenção Básica, em especial a Estratégia Saúde da Família, tem papel importante na reestruturação e reorganização dos serviços de saúde dos municípios, pois de acordo com o Ministério da Saúde as queixas psiquiátricas são a segunda causa de procura por atendimento na atenção básica pela população, sendo as queixas mais comuns à depressão, a ansiedade, fobias e o alcoolismo.³

Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo desvelar as especificidades do acesso do usuário de drogas à Atenção Psicossocial pela Atenção Básica. Justifica-se pela necessidade de se avançar no debate a respeito deste tema para o enfrentamento da atual cristalização dos modos de saber/fazer nos serviços de saúde.

MÉTODO

A metodologia empregada neste estudo foi de abordagem qualitativa, com uso da técnica de entrevista semi-estruturada. Foram entrevistados 6 profissionais de saúde da Rede de Saúde Mental do município de Niterói-RJ, os quais atuam cotidianamente no acesso ao usuário de drogas. A análise dos dados foi realizada através de uma perspectiva crítica e reflexiva.

Foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Antônio Pedro, e foi aceito com nº de parecer 209.321.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Atenção Básica do município de Niterói-RJ não conta com o Programa de Saúde da Família (PSF), mas sim com o Programa Médico de Família (PMF).

Quanto ao PMF que foi inspiração para o próprio PSF, há pouca produção disponibilizada àqueles que buscam outros referenciais para modelos que trabalhem com a diretriz da vinculação de clientela a equipes assistenciais. Vale registrar que PMF e PSF, embora tenham inspiração na mesma matriz teórica da vigilância à saúde, na clínica do médico generalista e na diretriz central do vínculo, são na sua constituição e funcionamento, diferentes.⁴

O município de Niterói, tradicional reduto do Movimento Municipalista Brasileiro, foi buscar no modelo cubano, também em 1992, sua referência para implantação do modelo de medicina familiar. A proposta de Niterói, o Programa Médico de Família (PMF), acabou servindo de modelo para outros projetos de saúde da família, inicialmente no estado do Rio de Janeiro, e posteriormente para vários municípios de outros estados brasileiros. Um aspecto importante da organização do processo de trabalho diz respeito à diretriz do vínculo, isto é, a adscrição de clientela a determinada equipe de saúde, sendo esta responsável pelo cuidado àquela população.⁴

Como o nome propõe, há uma limitação do PMF em relação ao PSF no que se refere ao fortalecimento da interdisciplinaridade. Porém, assim como o PSF, o PMF propõe o acolhimento, vínculo e responsabilização em relação ao usuário como marcadores do processo de trabalho da equipe.²

Como o PMF é um programa de base territorial, é um serviço de saúde dentro do território. Eles funcionam como uma porta de entrada. É o primeiro local que o usuário de álcool e outras drogas acessa, quer seja por vontade própria, quer seja encaminhado por familiar ou detectado por profissionais de saúde no momento de uma consulta ou de questões clínicas gerais. (E2)

O PMF de Niterói conta com uma supervisão de Saúde Mental após fazer o acolhimento deste usuário em sua chegada. Destaca-se a importância da Supervisão de Saúde Mental, à medida que há fragilidade da formação dos profissionais da Atenção Básica para a lida com as demandas de saúde mental da população.

Esses profissionais que atuam no Programa Médico de Família fazem esse acolhimento e acionam a supervisão de saúde mental. (E2)

Assim, a supervisão de um profissional especializado em Saúde Mental permite a atenção integral à população adstrita. Esta proposta guarda relação com noção de Apoio Matricial proposta pelo Ministério da Saúde. A ESF incorporou os conceitos de Apoio Matricial (AM) e equipe de referência, que são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões, como a presença de profissional de saúde mental para o trabalho em colaboração com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).⁵

No arranjo do AM, a ESF compartilha alguns casos com o profissional de Saúde Mental, havendo uma corresponsabilização pelos casos através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em interconsulta. Esta lógica exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local.

Quando se trata de pacientes que chegam a unidades básicas de saúde alguns usuários de Saúde Mental podem ser tido como pessoas difíceis de lidar pelos profissionais de saúde que trabalham naquele local. É nesse momento que o trabalhador de saúde tem de desenvolver uma maneira de lidar com essas pessoas, sejam elas portadoras de sofrimento mental ou não. Um pouco de tolerância e um pouco de firmeza costumam resolver essas situações. O que não é correto é encaminhar estas pessoas para a Saúde Mental meramente como forma de passar o problema adiante.⁶

Por vezes, a depender da complexidade do caso, a equipe do PMF do cenário de estudo, por vezes acaba por aderir à lógica do encaminhamento.

(...) a partir daqui, ele topando se tratar, conseguindo fazer com que ele identifique isso como um problema, a gente encaminha para os serviços mais especializados, se for a necessidade. Passa, diretamente pela supervisão também. Mas, às vezes, vai diretamente para alguns serviços. (E?????????)

Sabe-se que o fenômeno do uso de drogas requer, em alguns momentos, um cuidado especializado. No entanto, quando isto acontece, é fundamental que a equipe da Atenção Básica a qual ele havia procurado inicialmente não venha a se retirar da condução do caso, mas sim mantenha uma co-responsabilização juntamente com o serviço especializado.

É necessário que o usuário usufrua de um acolhimento transversal a toda a linha do cuidado, e não um acolhimento restrito à triagem ou à chegada inicial. O acolhimento precisa ser considerado um instrumento de trabalho que incorpore as relações humanas, apropriado por todos os profissionais em saúde, em todos os setores, em cada sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho, não se limitando ao ato de receber.⁷

Por isto, existem alguns conflitos entre a unidade básica de saúde e os centros especializados de saúde mental, no sentido de não ocorrer a articulação e interação necessária entre ambos os sistemas, impossibilitando reuniões técnicas proveitosas e dificuldades no trabalho em grupo.⁸

O profissional capacitado para oferecer um bom acolhimento tem condições de ouvir o paciente de uma forma receptiva, atenciosa e solidária, sendo capaz de promover maior efetividade e eficiência no decorrer do seu trabalho. Para isto, é imprescindível que a equipe de saúde da atenção básica tenha conhecimento e motivação para atuar frente aos usuários de álcool e drogas. Para que isso ocorra, as equipes de saúde da família devem estar em constante treinamento e interlocução com as equipes de saúde mental.⁹

O PMF tem oportunidades privilegiadas para garantir o acesso aos usuários que fazem uso/abuso de álcool de outras drogas aos serviços de saúde, pois trabalham no território e são serviços mais facilmente reconhecidos e aceitos pela população do que um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPSAD) ou outros serviços especializados em saúde mental.

A atuação do PMF na lógica do território pressupõe conhecer detalhadamente o território, não apenas como área de abrangência, mas enquanto território-processo, pois só assim há a oportunidade de definir problemas, um conjunto de prioridades e os recursos para atender às necessidades de saúde da comunidade, considerando cada situação específica. O território é compreendido como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, trabalho, renda, habitação, acesso à educação (e o seu saber preexistente), como parte integrante do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, família, sociedade.⁴

Cuidar na lógica da Atenção Básica pode diminuir o estigma da drogadição e consolidar um cuidado voltado para a Promoção da Saúde.

Outra especificidade do acesso à atenção psicossocial via atenção básica é que muitas pessoas buscam o PSF (neste caso, PMF) por uma demanda inicialmente restrita a uma queixa física, mas por trás disto pode haver um uso/abuso de substâncias psicoativas que ocasionam tais agravos físicos. Assim, um problema de saúde aparentemente apenas orgânico, pode ser um *start* para o acesso inicial do profissional de saúde ao usuário e, a partir disto, pode-se iniciar um acolhimento que se estenda também à questão da drogadição.

A literatura aponta que são queixas/achados comuns do usuário de drogas que podem levá-lo a buscar a ajuda inicialmente nos serviços da atenção básica: epigastralgia, náuseas ,

ênese, parestesias, irritabilidade, “depressão”, ansiedade, insônia, alterações da pressão arterial, disfunção sexual, hemorragias, quedas, acidentes e agressões.¹⁰

Para facilitar na detecção deste problema, para que a equipe da atenção básica possa favorecer o acesso deste usuário, é importante estar atento também às alterações laboratoriais: nível de Álcool no Sangue, Gama-Glutamil Transferase aumentada e Volume Corpuscular Médio aumentado. Quanto aos sintomas físicos mais sugestivos do uso de álcool e outras drogas encontram-se: tremor leve, odor de álcool, hepatomegalia, irritação nasal, irritação das conjuntivas, hipertensão arterial, pressão arterial lábil (sugestivo de síndrome de abstinência alcoólica), sintomas gastrintestinais, taquicardia, “síndrome da higiene bucal” (mascarando o odor de álcool) e disfunção sexual. Quanto aos aspectos cotidianos, são achados comuns: faltas frequentes no trabalho e na escola, história de trauma e acidentes frequentes, depressão, ansiedade e distúrbio do sono.¹⁰

Destaca-se que a equipe de atenção básica pode fazer usar de instrumentos específicos e padronizados para a detecção de uso de drogas de alto risco. São eles: CAGE e AUDIT.

O CAGE é um questionário padronizado, proposto por Ewing e Rouse, em 1970. Consta de quatro perguntas que se referem à percepção da necessidade de diminuir (C de "Cutdown") a ingestão de bebidas; o aborrecimento (A de "Annoyed") pelo fato das pessoas criticarem sua forma de beber; o sentimento de culpa (G de "Guilty") por beber, e a necessidade de beber pela manhã (E de "Eye opener") para diminuir o nervosismo, tremor ou ressaca ao despertar. Deve ser respondido SIM ou NÃO a cada uma das perguntas. O ponto de corte é habitualmente considerado quando respondidas afirmativamente duas questões, sendo então a pessoa considerada como "provável etilista".¹¹

O AUDIT (The Alcohol Use Disorder Identification Test), foi desenvolvido por um grupo internacional de pesquisadores, sob o patrocínio da OMS (Organização Mundial de Saúde). Planejado para ser utilizado em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, sendo útil para identificar a ingestão prejudicial e potencialmente perigosa. Tem boa sensibilidade e especificidade sendo capaz de identificar a dependência de leve intensidade.¹²

Deve-se avaliar o contexto de uso: último episódio (tempo de abstinência), quantidade de substância consumida, via de administração, ambiente de consumo e frequência de uso. Para isto, também pode-se utilizar um formulário.

Porém, quando a equipe opta por utilizar algum questionário para otimizar a detecção de uso de risco, é *sine qua non* que a questão da escuta e do vínculo não sejam deixados de lado. Os questionários são apenas uma etapa, e não o atendimento em si. A equipe da Atenção Básica tem chances ímpares para a construção do vínculo com os usuários, o que potencializa o acesso qualificado.

O vínculo implica uma “mudança de paradigma, pois, ao implementar mudanças que resultem num novo processo de trabalho, tendo como foco o sujeito, a tendência é o resgate do espaço de trabalho como lugar de sujeitos”.¹³

A respeito do usuário de álcool e outras drogas, muito se fala, mas pouco se escuta, resultando no ensurdecimento e no engessamento das possibilidades de escuta e de acolhimento digno. Há pouca disponibilidade para ouvi-lo, por estarem investidos de um imaginário que remete suas práticas de uso ao gozo, à irresponsabilidade, a delinquência e à

afronta aos hábitos e costumes. Enquanto isso, muitas das vezes o mal-estar e sofrimento que este indivíduo vive se tornam invisíveis para a equipe.¹⁴

Devido à heterogeneidade que atravessa o campo das drogas, tornou-se cada vez mais necessária a perspectiva da interdisciplinaridade, que permite, através do compartilhamento de saberes, abordar o tema em sua complexidade, sem reducionismos, pois não é possível pensar este tema no interior de um campo conceitual homogêneo.¹⁴

Deve-se estar atento a este usuário sob a perspectiva da clínica ampliada, buscando compreender o usuário também quanto a: situações familiar, financeira e ocupacional, rede social, lazer, condições de moradia, bem como o significado do uso de substâncias psicoativas para sua vida.

Outra forma de abordagem de que a atenção básica pode/deve fazer uso se trata da avaliação do “estágio motivacional” do indivíduo para reduzir o uso da substância. Os tipos de estágio para mudar são: Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção.¹⁵

Porém, é fundamental que a equipe faça as avaliações ou intervenções sem exigir a abstinência. Hoje a proposta é que se possa priorizar a Redução de Danos, e não uma imposição do “estar limpo”. A hegemonia do discurso político proibicionista em relação às drogas não impediu a emergência de um enfoque político alternativo, contra-hegemônico, que se constituiu no berço da redução de danos como uma alternativa de saúde pública aos modelos de atenção fundamentados exclusivamente na abstinência.¹

A “obsessão” da equipe pela abstinência por parte do usuário, a medicalização daquilo que muitas das vezes é da ordem do “não medicalizável” tem apontado para um caminho instituído que impede a produção singular nas relações de cuidado. Diante de um sofrimento que não é da ordem do biológico, tornam-se falhas as abordagens biomédicas do diagnóstico, da medicalização e da total remissão de sintomas. Esta noção, alicerçada no paradigma biomédico, privilegia aspectos químicos das experiências com as drogas, e suas interações com o sistema nervoso central, em detrimento de considerar os significados sociais e subjetivos dos usos e dos efeitos de diferentes substâncias. Quando se olha a relação de diferentes sujeitos com a mesma droga, notam-se as possibilidades e a diversidade de experiências.

É comum encontrar equipes que, na intenção de ajudar, passam a considerar que o sucesso no cuidado a estes indivíduos seja a perseguição pela abstinência. Uma das limitações apontadas para o modelo de atenção à saúde baseado exclusivamente na abstinência refere-se ao fato de esta condição representar uma importante barreira ao acesso das pessoas que fazem uso prejudicial ou apresentam dependência de drogas às instituições de saúde. A alta exigência em torno da abstinência implica ainda censuras e recriminações aos episódios de recaída ou reincidência ao uso de drogas, tornando as instituições de saúde espaços pouco acolhedores aqueles estigmatizados como “fracos”, “vagabundos”, “sem-vergonha”, “imorais”.¹

Além de uma sobre implicação, os serviços de saúde ainda não estão livres dos modos de fazer que refletem o preconceito, consequência do paradigma proibicionista. O proibicionismo encontra-se atrelado a dois modelos explicativos para a questão do consumo de drogas: o modelo moral/criminal e o modelo de doença.¹⁶ Para o primeiro, o consumo de drogas configura um problema moral, uma prática delituosa cujo enfrentamento consiste no encarceramento dos imorais/criminosos. O modelo de doença concebe o consumo de drogas

e a dependência como uma patologia biologicamente determinada e, como tal, deve ser abordado com a oferta de tratamento e reabilitação. Embora os modelos explicativos divirjam quanto às suas propostas de intervenção, ambos compartilham do propósito de eliminação do consumo de drogas - seja pelo encarceramento seja pelo tratamento. De acordo com uma perspectiva de não-tolerância às drogas, as ações de prevenção objetivam especialmente a redução da demanda por drogas e o tratamento admite a abstinência como única meta plausível.¹

Como consequência disto, o discurso moral e proibicionista por parte dos profissionais de saúde tem produzido barricadas nas tentativas do usuário de encontrar acesso/acolhimento nos equipamentos de saúde.

Já os princípios da Redução De Danos se sustentam no pragmatismo de que o consumo de drogas sempre esteve e sempre estará presente na história da humanidade.¹⁷ Assim, o ideário de uma sociedade livre de drogas perde por completo o seu sentido. Se o consumo de drogas não pode ser suprimido da sociedade, é possível traçar estratégias para reduzir os danos a ele relacionados, tanto para os usuários quanto para a coletividade. Esse enfoque tem sido apontado como aquele que confere maior racionalidade ao enfrentamento da questão das drogas, propiciando, por exemplo, compreender o consumo de drogas como um problema de saúde pública e o tráfico como um problema jurídico-policial.¹

Os receios que alimentaram desconfianças e resistências em relação às estratégias de redução de danos nos anos iniciais de sua implantação não foram confirmados. O aumento desenfreado do consumo de drogas ilícitas e a escalada do uso de drogas "leves" para as drogas "pesadas", por exemplo, são fenômenos não observados nos países e regiões que adotaram a perspectiva da redução de danos. Em contrapartida, constata-se o aumento da demanda por tratamento entre usuários assistidos por programas comunitários de redução de danos e a ampliação do acesso a ações e serviços de saúde de um modo geral.¹⁸

Os participantes deste estudo mencionaram sobre o significado da Redução de Danos no seu cotidiano:

A gente trabalha na linha da redução de danos. E muitas vezes, mesmo a pessoa não resolvendo parar o uso de drogas, tem um momento que ela reconhece que não está segurando a onda dela, como a gente fala na gíria e que ela está perdendo o controle do seu limite (...) Muitas vezes, conseguem usar a droga, trabalhar, cuidar da casa, cuidar dos filhos (E5).

Neste contexto, referiram sobre a importância da articulação da Atenção Básica com a Redução de Danos.

Com a redução de danos é um pouco diferente porque essa redução de danos não é um serviço. Ela é um programa e o trabalho dela é mais no território mesmo. Então, a redução de danos vai ativamente ao território e tem o encontro com essas pessoas. Vão ter situações em que eles vão acompanhar com mais proximidade, vão ter situações em que o usuário vai trazer o outro. E, geralmente, os redutores de danos são moradores do território. Eles já têm um conhecimento e uma certa integração com as pessoas. Isso facilita para que possamos acessá-lo num primeiro momento. Esses redutores de danos vão ao encontro do paciente. O que acontece é que, não vão

dizer que 100%, mas uma grande maioria, não acessa aos serviços de saúde. Então, via uma ação compartilhada com o PMF, a redução de danos vai até o território (E6).

Vou dar um exemplo: Aquela paciente que estava comigo lá, estava totalmente intoxicada, mas acho que ela conseguia ficar uns 8 (oito) meses cheirando maisena. Ela queria o ato cheirar, mas ela não queria correr o risco de subir o morro. Ela se endividou. Ela, para parar de usar cocaína, começou a usar maisena. Ela perguntou ao médico o que ele achava disso e ele disse: “Eu quero que você faça uma inalação com soro”. Era uma forma de não ficar intoxicada pela maisena, mas ele também não falou que não era para ela fazer. Pelo menos, ela não estava correndo risco de vida. Conseguiu pagar todas as contas dela. Essa pessoa não tem intenção de parar, ela gosta de usar drogas (...) Ano passado, ela não precisou fazer nenhuma internação, ela administrando a maisena dela. Só que agora chega, no final do ano, ela perde a mãe. Ela não segura a onda não. É a maneira que ela está conseguindo de administrar esse sofrimento. “Doutora não caiu a ficha”. Até isso resolver.... (E5).

A proposta da Redução de Danos implica em intervenções singulares, que podem envolver o uso protegido, a diminuição do uso da droga, a substituição por substâncias que causem menos agravos ou até mesmo a abstinência. É uma estratégia de Saúde Pública que busca minimizar as consequências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais e econômicos.¹⁷

O tratamento orientado pela lógica da redução de danos é descrito como de "baixa exigência", por não exigir dos usuários a abstinência como um pré-requisito obrigatório, o que não significa, todavia, que o enfoque da redução de danos contraponha-se à abstinência como um resultado ideal ao tratamento. Ao invés de estabelecer a abstinência como única meta aceitável da prevenção e do tratamento, a redução de danos concilia o estabelecimento de metas intermediárias. O foco desta abordagem está na adoção de estratégias para minimizar os danos sociais e à saúde relacionados ao consumo de drogas, mesmo que a intervenção não produza uma diminuição imediata do consumo. A atenção centra-se nas necessidades sociais de saúde do usuário, que precisa ser engajado de forma respeitosa no delineamento das metas para o tratamento buscado.^{1,19}

Toda esta perspectiva traz à tona o imperativo da ética do cuidado, em que cabe ao profissional transcender os protocolos a favor da vida, na potencialização de um cuidado pelo acolhimento.

CONCLUSÃO

Considera-se que a atenção psicossocial na atenção básica é uma importante estratégia para se estender o acesso em saúde mental a um maior número de usuários e diminuir os encaminhamentos de pacientes com quadros menos graves para a atenção especializada.

Para isto, as ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento.

Permite-se a vislumbrar os obstáculos e avanços, e rever pressupostos que possam efetivamente marcar este processo histórico e cultural com contribuições que façam diferença e que auxiliem na perspectiva clínica e social que questione consensos e tenha espaço para o sujeito, e não apenas para o uso que ele faz de uma substância.

Na luta pela cidadania, a Redução de Danos cria condições para que o sujeito venha a exercitar o cuidado de si e a desejar um projeto, tendo uma clínica instituinte que busca minimizar a noção de tratamento como dever do usuário.

A partir do acolhimento que produz um usuário-sujeito (e não corpo-assujeitado), busca-se problematizar práticas de anulamento subjetivo, questionar os ideais de abstinência e as formas de se abordar o usuário que agravam seu sofrimento e aumentam sua vulnerabilidade.

Neste sentido, esta proposta vai de encontro à Reforma Psiquiátrica, priorizando-se a ética do cuidado, voltada a um sujeito psicossocial e de cidadania visando à sustentabilidade de sua existência e o resgate dos direitos. Considera-se aqui uma recusa ao achatamento do sujeito a uma passividade que pede assistencialismo, ou a um sujeito-corpo (orgânico e biológico) que pede solução medicamentosa, ou ainda, a um sujeito ideal pela via da abstinência.

De encontro a este paradigma caminha a proposta da qualificação do acesso destes usuários via atenção básica, como uma proposta que procura ampliar o acesso da população à atenção psicossocial, de maneira mais oportuna, pela atenção integral à saúde. Considerando-se que um grande número de pessoas com problemas relacionados às drogas encontram-se mais acessíveis pelos postos de saúde, esta estratégia torna-se aliada à ética do cuidado, buscando o acolhimento sem restrição de espaços físicos.

Contra-pondo-se à rigidez da proposta dura de uma sociedade livre de drogas, busca-se a flexibilidade no contrato com o usuário, o respeito a suas demandas e ao seu tempo, reconhecendo as diferentes relações de uso, uma vez que há a disposição para escutar quem permanece envolvido com as drogas, propondo-se um diálogo com outras instâncias.

Para o avanço desta temática, acredita-se que os envolvidos devam buscar pistas nas propostas do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica para que as redes de saúde qualifiquem as respostas que têm podido dar a estes usuários.

O impacto social deste e de outros estudos nesta linha, encontra-se na possibilidade de suscitar a reflexão sobre a proposta do cuidar sob a lógica do acolhimento sem restrição de espaço físico, da Ética do Cuidado pela redução de danos, da construção de um plano de cuidado com base no sujeito, e não na substância de que ele faz uso. Com isto, recomenda-se o desenvolvimento de estudos que iluminem estes aspectos do cuidado, com vistas a contribuir para o campo da atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS

1. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(11): 2309-2319.
2. Brasil. Saúde mental e atenção básica o vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/ Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, 2003.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
4. Hübner LCM, Franco TB. O programa médico de família de niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. *Rev Saúde Coletiva*. 2007; 17(1):173-191.
5. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007 fev; 23(2): 399-407.
6. Minas Gerais. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Questões do acolhimento: sem medo de responder. Belo Horizonte: Sirimim, 2003 set/out; ano II (1).
7. Fracolli LA, Bertolozzi MR. A Abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo: manual de enfermagem. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 4p.
8. Caçapava, JR. O acolhimento e a produção do cuidado em saúde mental na atenção básica: uma cartografia do trabalho em equipe. São Paulo: Universidade de São Paulo: Biblioteca Digital de Teses e Dissertações; 2008.
9. Scheibel A, Ferreira LH. Acolhimento no CAPS reflexões acerca da assistência em saúde mental. *Rev baiana saúde pública*. 2011; 35(4): 966-83.
10. Kaplan HI, Sadock BJ. *Compêndio de Psiquiatria*. 9ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.
11. Martins ME, Ribeiro LC, Baracho RA, Feital, TJ, Ribeiro MS. Religious-spiritual coping and the consumption of alcoholic beverages in male patients with liver disease. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(6): 1341-8.

12. Santos WS, Gouveia VV, Fernandes DP, Souza SSB, Grangeiro ALS. J Bras Psiquiatr. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): explorando seus parâmetros psicométricos. 2012; 61(3): 117-23.
13. Camargo Junior KR, Campos EMS, Teixeira MTB, MASCARENHAS MTM, Mauad NM, Franco TB. Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006.
14. Conte M. Necessidade demanda e desejo: os tempos lógicos na direção do tratamento nas toxicomanias. Revista da APPOA. 2003; 11(24): 27-31.
15. Oliveira MS, Szpyszynski K del R, DiClemente C. Estudo dos estágios motivacionais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas. Psico. 2010; 41 (1): 40-6.
16. Wodak A. Harm reduction is now the mainstream global drug policy. Addiction. 2009; 104:343-5.
17. Mayer R. A contribuição do centro de referência em redução de danos: nossas palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. In: De Boni, LM. Porto Alegre: Ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.
18. Reghelin EM. Redução de danos: prevenção ou estímulo ao uso indevido de drogas injetáveis. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2002.
19. Beek IV. Harm reduction: an ethical imperative. Addiction. 2009; 104:342-3.

Recebido em: 06/05/2015
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 04/08/2015
Publicado em: 01/10/2015

Endereço de contato dos autores:
Marcela Pimenta Muniz
Rua Dr. Celestino, nº74, 5º andar, Centro, Niterói - RJ, CEP 24020-091.
Telefone: (21) 2629-9464. Departamento de Enfermagem Materno-
infantil e Psiquiátrica. E-mail: marcelapimentamuniz@gmail.com