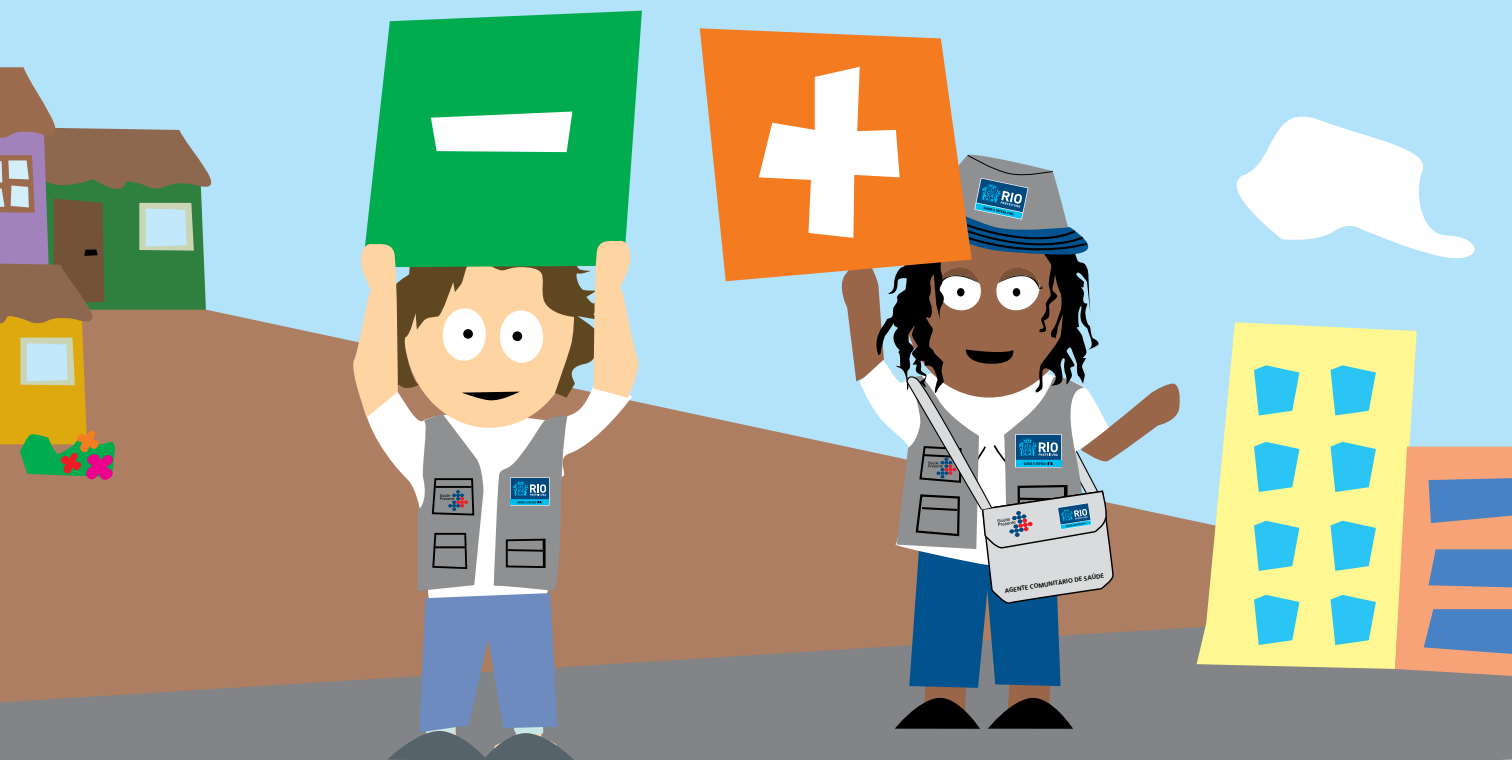


DIMINUIR PARA SOMAR

Ajudar a reduzir danos é aumentar as possibilidades de cuidado aos usuários de drogas.



EXPEDIENTE:

Supervisão Geral

Rubem César Fernandes
Samantha Pereira França

Coordenação Técnica

Fabiana Lustosa Gaspar
Fabiane Minozzo

Coordenação Editorial

Inaiara Bragante

Elaboração Técnica

Rose Teresinha da Rocha Mayer
Alessandra Zambeli Alberti
Simone Alves de Almeida
Fabiana Lustosa Gaspar
Fabiane Minozzo

Revisão Técnica

Fabiana Lustosa Gaspar
Fabiane Minozzo

Projeto Gráfico, Ilustrações, Organização e Revisão de Textos

Espaço Donas Marcianas
Arte e Comunicação
Arte: Gabi Caspary
Texto: Gizane Barreto

Colaboradores

Pedro Vicente Canesim Bittencourt
Ana Clara Telles C. de Souza

A Organização Não-Governamental Viva Rio vem desenvolvendo, há alguns anos, diversos trabalhos direcionados à prevenção e à reação às drogas. Até o ano de 2009, a atenção estava voltada às questões políticas, de segurança e de violência urbana, em que o tráfico era relacionado como o foco principal.

No início de 2010, a ONG Viva Rio passou a priorizar, também, a abordagem da temática das drogas sob o ponto de vista da saúde. E nesse mesmo período, a Organização Social de Saúde Viva Comunidade – pertencente à ONG Viva Rio – passou a realizar, juntamente com a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, a gestão da Estratégia Saúde da Família em três áreas do município.

Um dos problemas identificados no trabalho realizado nessas áreas foi o consumo de drogas, não só do cigarro e do álcool, mas também do crack. Sob esse panorama, a necessidade de um planejamento de ações para abordagem das pessoas usuárias de álcool e outras drogas pelas equipes de Saúde da Família tornou-se imperativa.

Em maio de 2010, visando à integração de diversas áreas de conhecimento e o fomento da discussão sobre esse tema, foi realizado o Seminário Crack – Repensando as Estratégias de Atenção à Saúde.

A partir das reflexões e construções proporcionadas pelo Seminário, foi possível apontar em um documento direções de trabalho para a atuação dos profissionais da Saúde da Família nas comunidades, desde a perspectiva da redução de danos para o cuidado em relação à problemática de álcool e outras drogas. Dentre essas direções, destaca-se a construção desta cartilha de apoio ao trabalho desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde nesta temática.

Esta cartilha “Diminuir para Somar” visa a apoiar as ações desenvolvidas pelos profissionais da Saúde da Família – em especial, pelos Agentes Comunitários de Saúde – que dão atenção às pessoas usuárias de álcool e outras drogas.

Para identificar e levantar as principais questões e problemas vividos no trabalho cotidiano, a oficina sobre “Redução de Danos e Seus Desafios Concretos” foi realizada com esses profissionais, em parceria com a equipe do Centro de Referência para Assessoramento e Educação em Redução de Danos de Porto Alegre, RS. Para maior clareza e facilidade, os levantamentos realizados na oficina encontram-se presente na cartilha sob a forma de perguntas e respostas.

É importante esclarecer que esta cartilha não pretende, de forma alguma, esgotar e esclarecer todas as dúvidas, mas oferecer informações e ferramentas que orientem este delicado trabalho que suscita tantos receios e incertezas.

Vale destacar que, para ter qualidade, o trabalho não precisa abrir mão de questionamentos, pois, de fato, são eles que tornam a prática mais potente e viva.

SUMÁRIO

1. Conhecendo a estratégia de Redução de Danos	4
2. O papel da equipe de Saúde da Família na atenção aos usuários de álcool e outras drogas	10
3. Imaginário social e preconceitos	16
4. Uso, abuso e dependência - por que as pessoas usam drogas? Quais as formas de uso?	20
5. O que é preciso saber para abordar um usuário de álcool e outras drogas?	30
6. Como abordar a família de um usuário de álcool e outras drogas?	42
7. Possibilidades de ações e de tratamento	50
8. Rede de serviços Saúde Mental	58
8.1 Área Programática 2.1	
8.2 Área Programática 3.1	
8.3 Área Programática 3.3	
9. Aprendendo com a realidade de alguns casos	84
Bibliografia consultada	90

1. CONHECENDO A ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS

O que significa Redução de Danos?

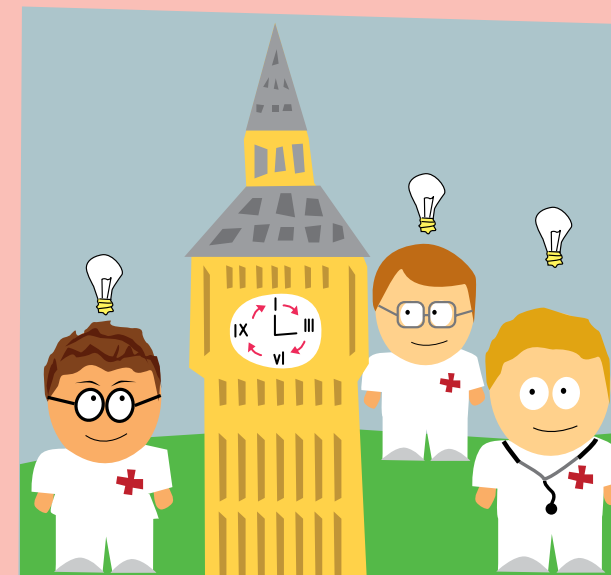
É uma estratégia da Saúde Pública que busca minimizar as consequências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais e econômicos sem, necessariamente, reduzir esse consumo.

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.

Conhecendo um pouco da história da Redução de Danos

Parte-se da idéia de que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação voltados aos usuários de drogas e suas famílias têm sido viabilizados e garantidos.

Muitas são as histórias de construção deste trabalho e o seu conhecimento e apropriação contribuirão muito para o fortalecimento de suas ações no território.



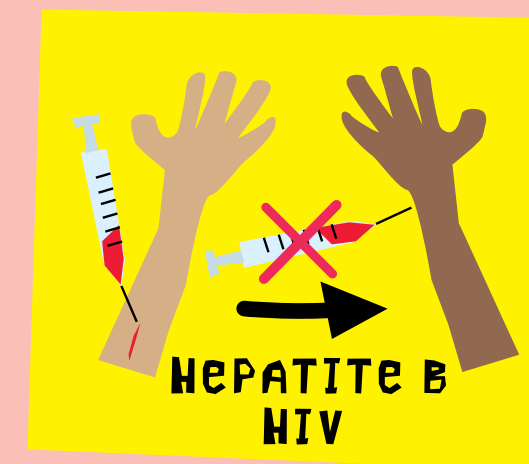
1926

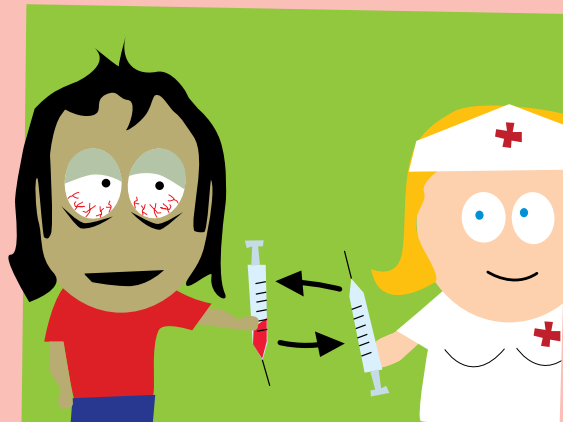
Linha do Tempo

1926 - Na Inglaterra, surgiram as primeiras sementes do conceito de “redução de danos”. Um grupo de médicos definiu, no Relatório de Rolleston, que a maneira mais adequada de tratar dependentes de heroína e morfina era realizar uma administração monitorada do uso dessas drogas, de forma a aliviar os sintomas de abstinência.

1980 – A partir dos anos 80, a redução de danos surge de forma sistematizada em programas de saúde. Inicialmente, objetivando reduzir a contaminação pela hepatite B entre usuários de drogas injetáveis (UDI) e, posteriormente, pela contaminação pelo HIV.

1980





1984 – Em Amsterdã, Holanda, surge um programa experimental de troca de seringas para os UDI.

1993 – O governo de Santos implantou o primeiro projeto no Brasil, lançando mão da figura dos “redutores de danos” como agentes de promoção e prevenção em saúde.



1995 – Em Salvador, Bahia, surge o primeiro Programa de Redução de Danos (PRD) do Brasil a realizar troca de seringas. Depois deste, diversos programas e projetos de Redução de Danos são implantados em estados brasileiros, consolidando-a como uma estratégia de atenção aos usuários de drogas.

1998 – É sancionada, no estado de São Paulo, a primeira lei estadual que legaliza a troca de seringas.

2004 – A Redução de Danos passa a ser vislumbrada como uma estratégia na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, lançada pelo Ministério da Saúde. O foco dessa Estratégia Pública de Saúde não se assenta exclusivamente sobre os Programas de Redução de Danos e as ações de trocas de seringas, mas sim na constituição de ações de redução de danos que transversalizam os serviços da rede assistencial do SUS, em especial, os serviços de saúde mental (como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS) e os serviços de atenção primária à saúde (como a Estratégia Saúde da Família-ESF).

1984

1989

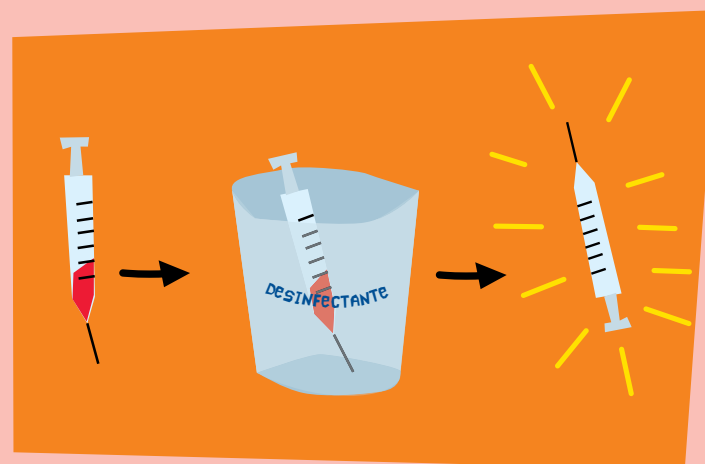
1993

1995

1998

2004

1989 – No município de Santos (São Paulo), ocorreu a primeira tentativa no Brasil de implantação do programa de redução de danos. Impedidos de fornecer seringas para os UDI como forma de evitar a contaminação pelo vírus HIV, em função de uma ordem judicial, os profissionais estimulavam o uso de hipoclorito de sódio para a desinfecção de agulhas e seringas reutilizadas.



Esta estratégia apresenta uma compreensão bastante ampliada sobre o uso de álcool e outras drogas nas sociedades atuais, buscando diversificar as formas de lidar com o problema. Não se pautava exclusivamente na abstinência e na prescrição de “comportamentos adequados”.



2006 – A divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde veio reforçar as ações de atenção ao usuário de drogas. A intersectorialidade e a atenção integral são importantes elementos para a concretização desta política. Preconiza-se o desenvolvimento de iniciativas preventivas e de redução de danos pelo consumo de álcool e outras drogas que envolvam a co-responsabilização e autonomia da população.

Pessoas usuárias de drogas têm direito à saúde como qualquer outra.

Há levantamentos estatísticos em relação à eficácia do trabalho de Redução de Danos?

Existem alguns levantamentos em nível municipal, estadual e nacional que confirmam a resolubilidade e a contribuição dessa estratégia. Ou seja, há efetividade nos âmbitos integrais e intersectoriais.

Entretanto, a colaboração maior se dá no aspecto qualitativo do processo de trabalho, que confere um estatuto cidadão às pessoas que usam drogas.

Quais os profissionais que formam a equipe de Redução de Danos?

De início, pessoas que usavam drogas ou pessoas próximas e familiarizadas com o universo do uso, abertas à linguagem e às dimensões de realidade, realizavam o trabalho de redução de danos.

Atualmente, qualquer pessoa, trabalhador ou cidadão tem sua participação no sentido de protagonizar a Redução de Danos nas práticas intersectoriais de

promoção da vida das pessoas que usam drogas e de sua rede social e afetiva.



“Pensar Redução de Danos é pensar práticas em saúde que considerem a singularidade dos sujeitos, que valorizem sua autonomia e que tracem planos de ação que priorizem sua qualidade de vida” (VINADÉ, 2009, p. 64).

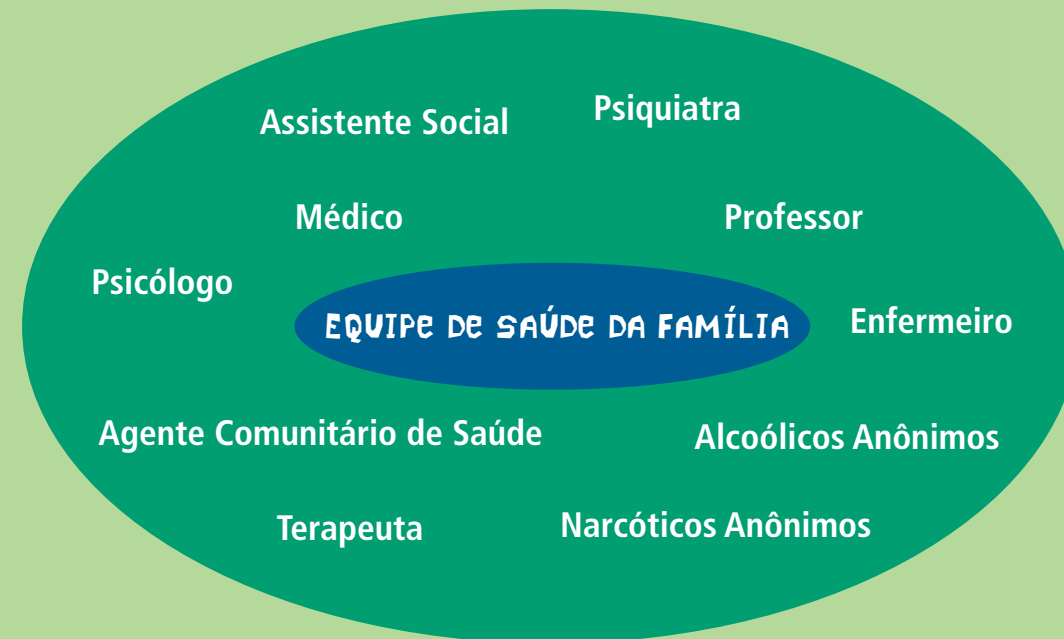
2. O PAPEL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS



Próximo ao território,
perto dos usuários.

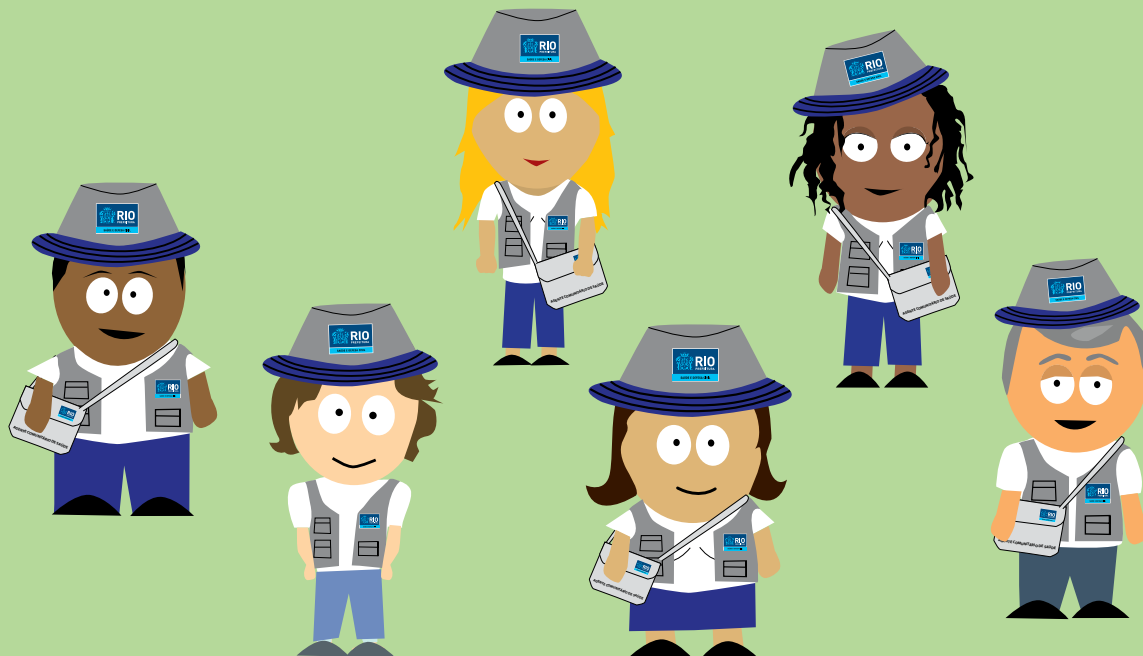
No que tange aos usuários de álcool e outras drogas, a Estratégia Saúde da Família tem ocupado um papel cada vez mais importante. A proximidade que o território e a população proporcionam para as equipes de SF abre espaço para o efetivo processo de construção de saúde das pessoas e das comunidades.

A Estratégia Saúde da Família (SF) é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades de saúde, tendo como máximo recomendado o equivalente a quatro mil pessoas sob sua responsabilidade para prestar atenção em saúde.



Apostando que a produção de saúde está relacionada com a vida comunitária, a formação de vínculos e os hábitos sociais, a Saúde da Família trabalha com a perspectiva da qualidade de vida no território onde a vida acontece. Sendo assim, as equipes de SF ocupam um lugar especial nas políticas sobre drogas, pois trabalham nas comunidades, diretamente onde os conflitos da vida cotidiana acontecem, sendo a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde.

As equipes de Saúde da Família devem se preparar para acolher o usuário de drogas primeiramente desenvolvendo um trabalho pautado no vínculo e na confiança, elementos fundamentais para a adesão ao tratamento. A vulnerabilidade e a marginalidade que acompanham o dependente químico podem vir a ser barreiras intransponíveis se não manejados com foco no acolhimento.



ACS: profissionais que são o elo entre a Saúde da Família e a população.

Então, no que diz respeito à questão do álcool e outras drogas, é inegável o papel das equipes de saúde da família:

- na prevenção do uso prejudicial e dos riscos a ele associados;
- na promoção da saúde; e
- no tratamento dos problemas relativos ao uso, abuso e dependência química.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS):

São profissionais da equipe de SF (moradores da própria comunidade), que atuam como elo entre a SF e a população. Os ACS, por serem residentes na comunidade e por trabalharem no território, se destacam pelo contato com os casos de uso de álcool e outras drogas.

A visita mensal do ACS a um grupo de pessoas de uma determinada área proporciona que os sujeitos e famílias que estão em maior risco sejam atendidos. Dentre essas pessoas, pode-se citar as que não vão às consultas, que não solicitam ajuda, como, por exemplo, as que fazem uso prejudicial de drogas, as que sofrem atos de violência e as que estão em risco de suicídio. Ou seja, são as que mais necessitam e não necessariamente as que mais demandam (LANCETTI, 2006).

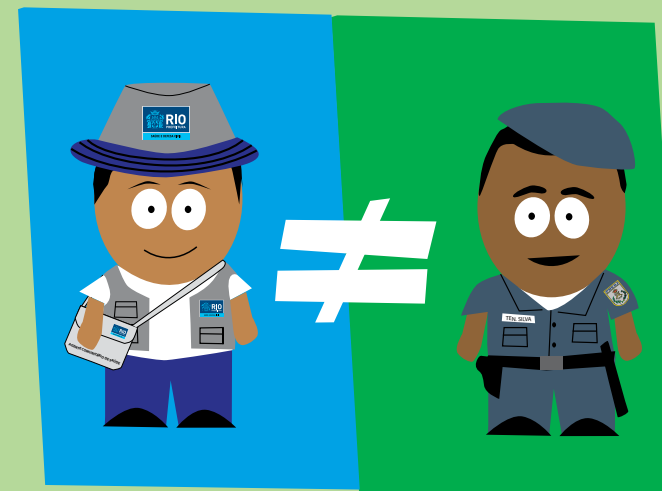
Qual a conexão entre a Redução de Danos e a Estratégia Saúde da Família?

A participação da Estratégia Saúde da Família na construção e implementação de ações de cuidado à saúde de usuários de drogas é fundamental, uma vez que são as equipes que conhecem profundamente a realidade local. Diariamente, os profissionais da Saúde da Família convivem com os usuários no território, compondo

a cena e partilhando os mesmos conflitos e angústias.

Ressalta-se a importância da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde no processo de construção do vínculo e da confiança necessários ao atendimento.

Os Agentes Comunitários de Saúde podem mostrar às pessoas que usam drogas que os **profissionais da Saúde da Família são agentes de saúde e não agentes da justiça ou da repressão.**



Sob esta perspectiva, pode-se visualizar que a interface entre a **Redução de Danos e as Equipes de Saúde da Família** aponta interessantes **possibilidades de criação**, como (VINADÉ, 2009):

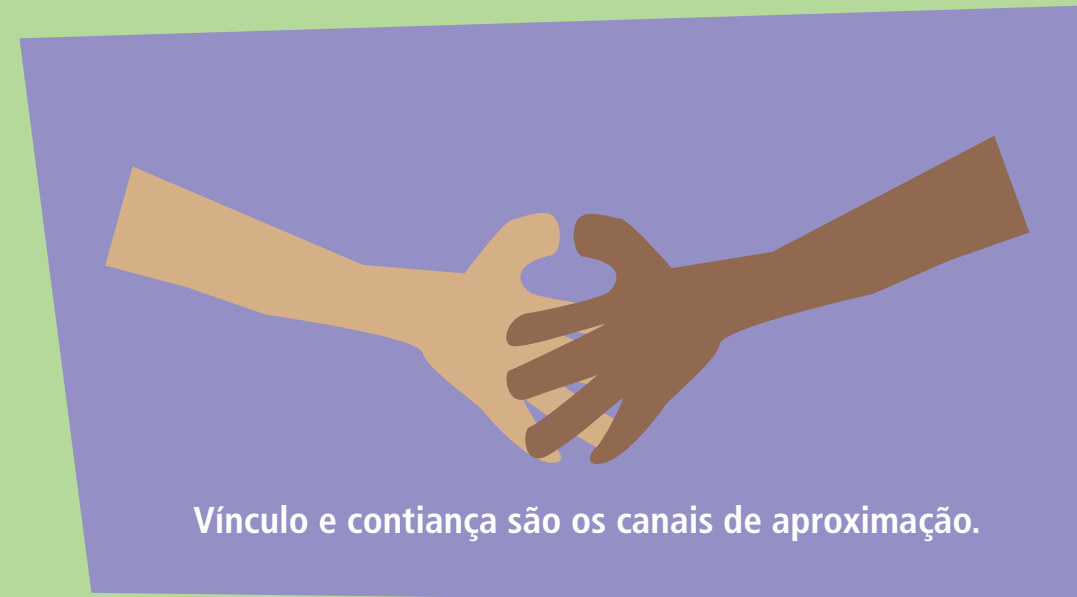
- o trabalho pautado no vínculo;
- a existência de uma equipe heterogênea;
- a articulação intersetorial; e
- a existência do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Em contrapartida, revela **desafios**, tais como:

- a proximidade do território, que impõe a relação com a violência e o tráfico;
- o sentimento de despreparo e frustração das equipes;
- a medicalização da vida; e
- a necessidade de revisão cotidiana do conceito de saúde.

LEMBRE-SE:

o uso de drogas –
principalmente as ilícitas –
é uma condição clandestina,
pela qual as pessoas não
querem ser identificadas
ou rotuladas. O medo de
sofrer retaliações as afastam
da possibilidade de buscar
atendimento, agravando
seu estado de saúde física,
psíquica e social.



Vínculo e confiança são os canais de aproximação.

Como enfrentar esses desafios?

Muitas pessoas que usam drogas procuram a Equipe de Saúde da Família, mas nem sempre os profissionais conseguem identificá-las. Isso porque, em geral, as pessoas sentem dificuldade de falar sobre si com outra pessoa, se não houver um vínculo e uma relação de confiança estabelecidos.

Este medo faz com que muitas pessoas que usam drogas não procurem seus direitos, como se tivessem de abdicar da condição de cidadãos e aceitar a condição de marginalidade. Nesse sentido, a Saúde da Família torna-se um campo potente de intervenções, pois possibilita que essas pessoas conheçam a sua equipe de saúde, o seu ACS, e criem laços de confiança, identificando profissionais com os quais se sintam mais à vontade para conversar.

3. IMAGINÁRIO SOCIAL E PRECONCEITO

O uso de drogas não é “sem-vergonhice”. O estigma e o preconceito ligados ao consumo de drogas ilícitas baseiam-se na proibição penal e na associação sistemática dessas substâncias à miséria e ao crime organizado.

O usuário de drogas é visto na nossa sociedade como uma pessoa improdutiva, marginal, fora da lei e pouco confiável. Esses rótulos são

construídos a partir do preconceito. Este preconceito aparece retratado em ideias como: “ele usa drogas porque quer”; “ele é responsável por escolher usar drogas”; “ele está perdido mesmo”. Esses “chavões” fazem com que se acredite que não há como ajudar um usuário de droga e que só estaríamos realmente ajudando-o quando ele resolvesse parar de usar a droga (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA, 2004, p. 9).



Não se pode reduzir o usuário de drogas à categoria de “drogadito”, pois, desta forma, esquecemos muitos outros aspectos que

constituem esta pessoa, como, por exemplo, ser marido/esposa, mãe/pai, trabalhador/a.



Por que a maioria das pessoas que usam drogas não assume que é viciada?

Talvez porque a maioria das pessoas que usam drogas não seja “viciada”.

As substâncias ilegais são mais perigosas do que as legalizadas?

Não necessariamente. O fato de a substância ser legal ou ilegal não tem relação direta com o perigo que ela oferece. Há a tendência de se achar que substâncias como o álcool, que são legalizadas, não são tão prejudiciais quanto às drogas ilegais. Isso é um engano. Observa-se na sociedade brasileira uma tolerância

com relação às drogas legalizadas (álcool, medicamentos, fumo, etc.)

Quadro ou boneco!! Os perigos relacionados ao uso de drogas não dependem da sua legalidade e sim da forma como a droga é utilizada, em quais condições e quem é o usuário

As drogas naturais são menos perigosas do que as drogas químicas?

Não. Substâncias obtidas a partir de plantas, como a cocaína, podem ser tão ou até mais perigosas que as drogas produzidas em laboratórios, como o LSD.

É verdade que filhos de pessoas alcoolistas têm tendência a ser também?

Não necessariamente. O uso de drogas, quando intenso e problemático, ao longo de uma trajetória de vida, pode deixar cicatrizes na história de um grupamento social (como a família), mas essas marcas podem levar tanto à reprodução quanto à superação da experiência vivida.

A pessoa usuária de drogas é uma pessoa que tem algum tipo de carência sentimental?

Tanto quanto qualquer outra pessoa. Mas quando o usuário estabelece

uma relação de dependência com a droga, ocorrem, muitas vezes, perdas significativas na sua vida, provocando, assim, sentimentos de falta e solidão.

A carência sentimental tem relação com os modos de relação de nossa sociedade neoliberal, competitiva e



individualista, que produz laços sociais frágeis e o uso de drogas é mais um de seus efeitos. Assim, a carência sentimental não atinge apenas às pessoas que usam drogas.

4. USO, ABUSO e DEPENDÊNCIA - POR QUE AS PESSOAS USAM DROGAS? QUAIS AS FORMAS DE USO?

O consumo de drogas não é uma prática dos dias de hoje. Encontra-se presente há séculos, sob diferentes formas, nas culturas tanto ocidentais quanto orientais. O uso de substâncias, lícitas ou ilícitas, está vinculado aos rituais religiosos, à busca do prazer, ao alívio da dor, à aceitação social, dentre outras situações. Em diferentes contextos históricos, o uso de drogas para alterar os sentidos sempre foi uma necessidade humana.

Quais os motivos que levam uma pessoa a tornar-se um usuário de drogas? Existem pessoas mais suscetíveis à dependência de álcool e drogas?

Os motivos que levam uma pessoa a usar ou não drogas são complexos e múltiplos. Existem aspectos individuais, familiares e coletivos envolvidos. Não é possível identificar apenas uma causa. Caso contrário, corre-se o risco de uma visão reducionista e simplista, que leva a soluções mágicas e irreais. Ou seja, não resolutivas.



Entender o uso de drogas não deve se limitar à ideia de certo ou errado ou da compreensão de que é somente doença ou caso de polícia. Deve-se considerar todo o contexto em que se dá o uso, considerando três fatores:

- **a pessoa:** seu jeito de ser e sua história familiar;

- **o contexto social:** constituído pelas normas legais e morais, pelos valores, pelas relações estabelecidas na coletividade;

- **a droga:** considerando seus efeitos, se é lícita ou ilícita, a frequência de uso e o lugar que a droga ocupa na vida da pessoa.

Para se conhecer os motivos que levam a pessoa a usar drogas, é necessário desacomodar, sair de velhas e fixas verdades e estar aberto para novas visões e reflexões.

Quando um usuário passa a ser dependente e quando ele se torna incapaz de responder pelos seus atos?

Experimentação, uso, abuso e dependência são possibilidades de relação com a droga. É um processo

É importante que se esclareça: nem todo uso de droga é problemático. A maioria das pessoas que usam drogas não sofre maiores consequências. Basta olhar em volta ou para nós mesmos: todos nós consumimos algum tipo de droga, mesmo que lícita, como o café, o jogo, a internet, televisão, entre outros. E isso não chega a ser necessariamente preocupante, não é verdade?!

Para cada tipo de uso, um tipo de cuidado.

singular e tem a ver com a história da pessoa: a função que droga exerce na sua vida e o contexto em seus diversos âmbitos. Estes aspectos servem de horizonte, organizam o pensamento, a escuta, e auxiliam no delineamento da demanda. Contudo, não são verdades absolutas, nem definitivas, sobre o repertório de cuidado que é possível ser criado junto com a pessoa que usa drogas e com a sua rede social e afetiva.

Existem diferentes formas de uso?

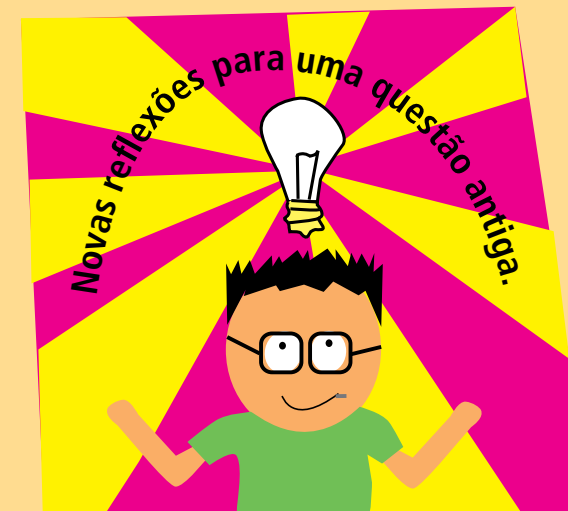
Existem. O uso é classificado sob três formas:

- **uso recreativo/ocasional:** refere-se à experimentação, ao uso lúdico, sem provocar prejuízos ao cotidiano da vida da pessoa. A droga é um objeto de prazer;
- **uso habitual:** a droga ganha um lugar especial na vida do sujeito,

sendo consumida diariamente. Ela pode tanto fazer parte da sua vida não oferecendo prejuízos, como também pode demonstrar que algo não vai bem. Neste caso, o usuário passa a não investir mais em seus interesses, podendo haver perdas afetivas e materiais; e

- **uso dependente:** a droga deixa de ser um objeto de prazer e passa a ser uma necessidade. O indivíduo passa a priorizar o uso da droga e deixa de lado o que antes lhe era importante, promovendo prejuízos físicos, emocionais e sociais.

Para melhor entender o que seria o uso dependente, a comparação com o apaixonamento (situação que a maioria já viveu) parece interessante. Quando apaixonados, por mais que se saiba que a pessoa enamorada talvez não combine com o que se deseja, insiste-se nesta escolha. O que interessa é saciar o sentimento de necessidade que invade e atormenta. É claro que este sentimento pode



passar, se transformar ou até mesmo surgir outro alguém, mas todas essas possibilidades não acontecem da noite para o dia, não é verdade? Assim também é com o usuário de drogas dependente. Não há receita nem passe de mágica. É um caminho a ser percorrido com cada pessoa usuária de drogas.

Quando uma pessoa pode ser considerada um alcoolista?

Ainda que este termo esteja muito difundido na cultura, prefere-se e costuma-se nomeá-la como uma pessoa em relação dependente com álcool. A origem da palavra alcoolista

refere-se à ideia de adoração, o que nem sempre está claro para a pessoa que vive esta situação. Então, o alcoolista pode ser compreendido como uma pessoa que vive um momento de relação mais dependente com o produto álcool.

Existe alguma forma de classificação das drogas?

Sim. As drogas podem ser classificadas de três formas diferentes, a saber:

1. QUANTO À ORIGEM:

- **naturais:** provêm de certas plantas que contêm drogas. A matéria-prima é usada diretamente como droga ou é extraída e purificada. Ex: maconha, cogumelos e *trombeteira* (consumidos em forma de chá), ópio (derivado da papoula do oriente), tabaco e folhas de coca;

- **semissintéticas:** são resultados de reações químicas realizadas em laboratórios utilizando drogas naturais. Ex: cocaína, tabaco, heroína e álcool; e

- **sintéticas:** são produzidas através de manipulações químicas em laboratório, não dependendo de substâncias vegetais ou animais como matéria-prima para a sua elaboração. Ex: LSD-25, *ecstasy*, calmantes e anfetaminas.

2. QUANTO À LEGALIDADE:

- **lícitas:** tabaco, cafeína e álcool, que são as drogas lícitas mais conhecidas e de uso praticamente universal; e

- **ilícitas:** sua produção, comércio e uso são considerados crime, sendo proibidas por leis específicas. Exemplos: maconha, cocaína e *crack*.

A classificação sofre diferenças conforme a época e a localidade. Enquanto que em nosso país é permitido o uso do tabaco e do álcool (bem como na maioria dos países ocidentais), nos países de orientação muçulmana o consumo do álcool é proibido.

ATENÇÃO:

algumas drogas são produzidas em escala industrial, como as bebidas alcoólicas e o cigarro.

3. QUANTO AOS MECANISMOS DE AÇÃO E EFEITOS:

- **depressoras:** causam redução e lentificação do funcionamento do sistema nervoso central (SNC), deixando as pessoas mais relaxadas. Em decorrência dessa lentificação, pode ocorrer sonolência (dependendo das doses ingeridas), dificuldades nos processos de aprendizagem e memória, depressão, agressividade, paranóia, dificuldades de coordenação motora, problemas vasculares e digestivos. Exemplos: álcool, benzodiazepínicos, opiáceos (morfina e codeína) e inalantes;

- **estimulantes:** causam aceleração do funcionamento mental e modificam o comportamento, provocando agitação, excitação e insônia. A

abstinência pode levar à irritabilidade, agressividade e grande compulsão pelo consumo ("fissura"). Exemplos: anfetamina, cocaína (*crack*), cafeína e nicotina;

- **alucinógenas:** causam alterações no funcionamento cerebral, ocasionando fenômenos de alteração da percepção de sons, imagens, sensações táteis e do senso de espaço e tempo, podendo chegar a crises de pânico, delírios e alucinações. Esse conjunto de efeitos caracteriza um estado que os usuários conhecem como "viagem". Exemplos: LSD-25, maconha, *ecstasy* e algumas espécies de cogumelos.

A seguir são descritos os critérios para a avaliação do comprometimento no que se refere ao uso de drogas (Rio Grande do Sul, 2001, p.19-22).

COMPROMETIMENTO LEVE	
Níveis de comprometimento quanto à (ao):	CARACTERÍSTICAS
Adesão ao tratamento	<ul style="list-style-type: none">• Motivação para mudança.• Conscientização da sua situação em relação à droga e das perdas socioeconômicas e relacionais.• Expectativa favorável ao tratamento.• Aceitação das orientações terapêuticas recebidas.
Manutenção do tratamento	<ul style="list-style-type: none">• Mantém boa adesão ao tratamento, apesar das oscilações vivenciadas no transcorrer do processo terapêutico.• Ausência de histórico de abandono de tratamentos anteriores.
Estado físico	<ul style="list-style-type: none">• Apresenta algumas alterações de fase aguda provocadas pelo uso recente de Substância Psicoativa (SPA), mostrando intoxicação leve e, consequentemente, sintomas leves (ex.: hipertensão arterial leve, sem arritmias).• Mantém lucidez, orientação e coerência de idéias e pensamento.• Refere uso há muitos dias (mais de 10), mas não refere sintomas de abstinência.• As informações obtidas com o usuário(a) são confirmadas por parentes.
Estado psíquico	<ul style="list-style-type: none">• Usuário(a) com comprometimento leve a moderado em relação ao uso de drogas.
Situação social, familiar e legal	<ul style="list-style-type: none">• Estrutura familiar razoavelmente estabelecida.• Atividade de trabalho estável e/ou carreira escolar preservada.• Boa estrutura de relacionamento social (clubes, igrejas, esportes e associações).• Não tem envolvimento com o narcotráfico nem dívidas.

ATENÇÃO À SAÚDE INDICADA: Equipe de Saúde da Família, Ambulatório e CAPS.

COMPROMETIMENTO MODERADO	
Níveis de comprometimento quanto à (ao):	CARACTERÍSTICAS
Adesão ao tratamento	<ul style="list-style-type: none">• Relativa motivação para mudanças. *Pouca conscientização da sua situação em relação à droga e das perdas socioeconômicas e relacionais.• Algumas expectativas favoráveis em relação ao tratamento.• Aceitação das orientações terapêuticas recebidas, mas com restrições e questionamentos.
Manutenção do tratamento	<ul style="list-style-type: none">• Mantém relativa adesão e ambivalência na manutenção do tratamento.• Alguns abandonos de tratamentos anteriores.
Estado físico	<ul style="list-style-type: none">• Usuário(a) apresenta alterações de fase aguda provocada por uso recente de químicos, que denotam sintomas moderados de evolução incerta, gerando risco. Ex.: hipertensão arterial moderada, com presença de arritmia.• Não mantém lucidez, orientação e coerência, mas permanece a dúvida se seria ocasionado por uso recente de SPA.• As informações obtidas com o(a) usuário(a) são questionáveis, inclusive por parentes.• Apresenta sintomas que podem ser de síndrome de abstinência, mas não se sabe quando foi a última vez que usou SPA.
Estado psíquico	<ul style="list-style-type: none">• Usuário(a) com comprometimento moderado a severo em relação ao uso de drogas.
Situação social, familiar e legal	<ul style="list-style-type: none">• Usuário(a) possui estrutura familiar com relacionamento social, econômico e emocional comprometido; contudo, ainda há pessoas (com vínculo parental ou não) que se envolvem e buscam tratamento para ele.• Tem estrutura socioeconômica muito comprometida, dependendo sempre dos outros para prover suas necessidades básicas.• Atividade de trabalho ou escolar muito comprometida pelas faltas, baixa produtividade.• Mantém ainda níveis de relacionamento social (amigos, clubes, igrejas, trabalho, etc.), que deles tenha se afastado e separado.• Teve ou tem algum envolvimento com o narcotráfico, mas a sua participação ou saída não representa riscos. Não tem dívidas ou essas são facilmente contornáveis.

ATENÇÃO À SAÚDE INDICADA: Assistência Domiciliar, Ambulatório, CAPS e Internação Hospitalar

No **nível de comprometimento moderado**, a equipe de Saúde da Família não se desresponsabiliza com a situação. Além de prestar cuidados domiciliares, deverá acompanhar a saúde do usuário na unidade, como, por exemplo, sua hipertensão arterial e dar apoio aos familiares. Ações de cuidado a esses usuários podem ser realizadas pela equipe de SF, com o suporte de profissionais especialistas em saúde mental, através de consultas e visitas conjuntas.



No **nível de comprometimento grave**, mesmo o usuário precisando do cuidado mais intensivo de um serviço especializado, a equipe de Saúde da Família continua se responsabilizando pelo caso. Além de prestar cuidados domiciliares, oferecerá atenção à sua saúde física e prezará pelo vínculo e acolhimento. Oferecerá também apoio aos familiares, sempre que possível.

COMPROMETIMENTO GRAVE	
Níveis de comprometimento quanto à (ao):	CARACTERÍSTICAS
Adesão ao tratamento	<ul style="list-style-type: none">• Ausência de motivação para mudanças.• Falta de conscientização de sua situação em relação à droga e das perdas socioeconômicas e relacionais.• Não aceitação das orientações terapêuticas recebidas.
Manutenção do tratamento	<ul style="list-style-type: none">• Dificuldades de aderência ao tratamento com várias tentativas anteriores de busca de cuidados de saúde e abandono dos mesmos.
Estado físico	<ul style="list-style-type: none">• Usuário(a) apresenta alterações de fase aguda provocadas por uso recente de SPA, que configuram sintomas de gravidade, gerando risco de vida. Ex.: arritmias cardíacas, dor abdominal, crise convulsiva, anúria ou oligúria, vertigem e hemorragia digestiva.• Sintomas de overdose denunciados.• Usuário(a) em fase de abstinência, sintomático.
Estado psíquico	<ul style="list-style-type: none">• Usuário(a) com comprometimento moderado a severo em dependência química e também se enquadra nos diagnósticos de alterações psiquiátricas.
Situação social, familiar e legal	<ul style="list-style-type: none">• Usuário(a) tem situação familiar comprometida ou não conta com a família.• Ausência de estrutura socioeconômica, não podendo prover moradia ou alimentação.• Não possui atividade de trabalho ou escolar.• Não tem vínculos de relacionamento social além dos referenciados na busca e no uso de drogas.• Tem envolvimento com narcotráfico.

ATENÇÃO À SAÚDE INDICADA: Assistência Domiciliar, Ambulatório intensivo, CAPS e Internação Hospitalar.

5. O QUE É PRECISO SABER PARA ABORDAR UM USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS?



A abordagem em redução de danos não pode ser reduzida a uma técnica, mas sim a um modo de trabalho, pautado por uma ética da relação baseada na autonomia, no diálogo e na co-responsabilização profissional-usuário.

Sob esta perspectiva, deve-se acrescentar o conceito de **flexibilidade na abordagem** aos usuários de drogas. Isso significa facilitar o acesso ao serviço de saúde e construir o vínculo, utilizando propostas flexíveis com o usuário e a sua rede social.

Implica ainda, considerar, no momento do contato, a necessidade, a demanda e a possibilidade de construção, em comum acordo com o plano de ação.

As abordagens nesse campo se desdobram nos seguintes objetivos:

- propiciar ao usuário recreativo acesso às informações e alternativas de lazer e socialização na comunidade em que está inserido;

Para que uma abordagem flexível aconteça de maneira efetiva é fundamental que o usuário de álcool e outras drogas se sinta bem acolhido pelo Agente Comunitário de Saúde e pelos demais profissionais da Estratégia Saúde da Família. O primeiro contato com a pessoa é extremamente importante, já que funciona como reforço tanto do vínculo quanto da adesão ao processo de atendimento.

Acolher significa dar boas vindas e humanizar o atendimento. É um momento de reconhecimento da pessoa de forma empática, ou seja, colocando-se no lugar do outro.

- proporcionar acesso às informações e orientações ao usuário habitual e ao dependente de drogas, criando um vínculo para que se sintam à vontade para falar sobre aquilo que consideram difícil. É importante que vejam a equipe de Saúde da Família como parceira na melhoria de sua qualidade de vida e um local para se obter tratamento.

O acolhimento envolve os seguintes aspectos:

- tratar os usuários e familiares com respeito; e
- promover uma relação de proximidade entre equipe e paciente, evitando, contudo, um envolvimento íntimo.



Justamente pelo contato diário que extrapola o aspecto profissional, uma vez que mora na comunidade, o ACS corre o risco de misturar essas relações. Cabe o desafio de manter uma postura profissional em todos os momentos, sabendo lidar com questões cruciais como sigilo e confiança.

Como abordar sem ser invasivo? Como se aproximar?

Com cuidado, educação e respeito. Desde o cadastramento, momento em que se inicia a exploração e conhecimento do território, esta aproximação já ocorre. É fundamental colocar-se ao lado e disponível a todas as pessoas e às suas questões de vida. Para não agir com preconceito

(achando que o uso de drogas é errado e deve ser erradicado) ou de forma precipitada (impondo a abstinência, quando ela ainda não é possível ou desejada pela pessoa), deve-se prestar auxílio a todo usuário que se mostra acessível a algum tipo de ajuda.

Exigir que a pessoa dependente largue imediatamente a droga pode ser, de início, “pedir demais”. Talvez ele ainda não possa ou não queira tomar essa decisão.

A partir de uma escuta acolhedora e sem julgamentos morais, é possível compreender o que o usuário traz como problema em sua vida e, também, identificar as suas potencialidades e as da comunidade.

O que motiva a aproximação do usuário, ou, como é preferível dizer, da pessoa que usa drogas?

Em geral, o que motiva a aproximação da pessoa que usa drogas é perceber o não julgamento, a confiança e o sigilo do outro.



O que pode afastar?

Na prática é observado que a mesma faceta que aproxima o profissional de saúde da pessoa que usa drogas pode ser também a que afasta.

O que motiva a aproximação é ver o usuário de drogas como um problema. Isso é um avanço, se levado em consideração que pouco tempo atrás ele era visto como um “sem vergonha” e, há menos tempo ainda, como um doente. Então, vê-lo como um problema poderia ser considerado como meio caminho andado.

Aí que se encontra a dificuldade: ver a pessoa como problema e não

a situação como problema. Sob esta perspectiva, tende-se a querer reparar a pessoa e não o que ela está vivendo, esquecendo rapidamente o seu saber. O usuário de drogas acaba sendo desqualificado.

Eu conheço pessoas que usam drogas e elas não falam. Como perguntar para ajudar?

Perguntar é um dos modos de ajudar. Muitos trabalhadores de saúde ficam receosos e acabam não abordando esta faceta da vida das pessoas. Não está na cara o uso. Por mais que o ACS tenha, por exemplo, uma boa dimensão da vida no território, ele não sabe “tudo” o que se passa ali.



Porém, muitas vezes, a pessoa usuária de drogas, ao ser questionada, nega o fato. Não se preocupe. Apenas procure manter a proximidade e o vínculo. Quando a relação de confiança estiver estabelecida, o uso de drogas vai acabar aparecendo na conversa.

Não deixe ser movido pela curiosidade excessiva. Não tenha pressa. Respeite o tempo de cada um. Tenha certeza de que você reencontrará aquela pessoa em outros momentos. O ACS pode trabalhar como os agricultores

ou os jardineiros: cultivando relações de cuidado, nas quais o uso de drogas não é a única e nem sempre a primeira temática de abordagem.

A informação é o melhor remédio?

É importante, a partir do vínculo, propiciar ao usuário acesso à informação, mas este não é o “único remédio”. Oferecer alternativas de lazer e socialização na comunidade, acesso à cultura e à educação também podem produzir ótimas respostas.

Isso promove a vida, a autonomia e o fortalecimento do indivíduo.

Em outras palavras, buscar a diminuição do grau de vulnerabilidade, potencializando os FATORES DE PROTEÇÃO e minimizando os FATORES DE RISCO.

O que isso significa?

Os **fatores de risco** são as condições ou situações que, ao se apresentarem, aumentam a probabilidade de ocorrer um evento prejudicial à pessoa. Isso diz respeito tanto à forma de uso da droga como à falta de acesso aos espaços de socialização que produzem sentido para a vida.

Por exemplo, um adolescente que não possui ofertas de atividades extraescolares na comunidade acaba colocando a droga num lugar privilegiado, como única forma de obtenção de prazer. Sob essa dinâmica, esse adolescente tem mais riscos de fazer um uso prejudicial de drogas.

Os **fatores de proteção** são as condições ou situações que, ao se apresentarem, diminuem a probabilidade do uso prejudicial de drogas pela pessoa. Quanto mais a vida da pessoa estiver rica em coisas que goste ou gostaria de fazer, menos vulnerável esta pessoa estará.

Quando conversar com um usuário de drogas, procure identificar os fatores de risco e de proteção. Auxiliar na viabilidade de proteção é fazer redução de danos. Não esqueça: para que o trabalho funcione, é importante que haja a co-participação, que o usuário se implique no processo.

PERCEBA OS SINAIS:

FATORES DE RISCO

FATORES DE PROTEÇÃO

Como ajudar uma pessoa que está entrando no mundo das drogas?

Orientar, sem ser invasivo, bem como se colocar ao lado, sem julgamentos, para que a pessoa possa se sentir à vontade para procurar ajuda e, quando possível e desejado, buscar tratamento.

Quando o diálogo se estabelece é o momento de oferecer o suporte emocional básico que consiste em escutar ativamente a pessoa: definir a situação problemática e suas consequências (avaliar o nível de comprometimento da vida diária) e identificar os recursos disponíveis, motivando-a a usá-los. Em outras palavras, este suporte objetiva promover e encorajar a retomada do cuidado de si e da rotina de uma vida saudável. É fundamental ter uma perspectiva realista sobre essa intervenção e valorizá-la. Não haverá grandes e definitivas mudanças, internas ou externas na vida do sujeito, mas sim uma ampliação do campo de resolubilidade.

E quando o ACS identifica o uso de drogas, mas a pessoa não identifica a necessidade de reduzir danos?

Espera-se o tempo da pessoa e de sua rede social e afetiva. É importante colocar-se nas brechas, atento aos seus pedidos, e estar aberto ao convívio e à troca de informações, focando no que interessa àquela pessoa naquele momento, especificamente.

Como fazer para tirar um adolescente da rua? Como acolhê-lo? E se este usuário for morador de rua, como posso ajudá-lo?

O trabalho necessita estar articulado com a rede de Assistência Social e, onde existir, com os consultórios de rua. Mas, antes de tudo, deve-se considerar que aquela pessoa tem a escolha de querer ou não sair da rua.

Acolher é a palavra chave desse processo. A aproximação, muitas vezes, se dará sob outros interesses e assuntos. Não se preocupe, é assim que se começa! Ninguém confia



automaticamente em outra pessoa. É preciso comer pelas beiradas. Que tal chamá-lo para uma partida de futebol? Ou para uma conversa sem compromisso?

Até que ponto se torna perigoso para o ACS, enquanto morador da comunidade, a abordagem ao usuário de álcool e outras drogas?

O trabalho do ACS não é pautado sob o registro moral, de juízo de

valor. Ele busca considerar a realidade do território em seus limites e possibilidades, não se colocando em disputa, mas ao lado dos moradores, construindo saúde com eles e não para eles.

É importante deixar claro para todos que a estratégia da Saúde da Família objetivapromover saúdecoletivamente com neutralidade, transparência e de forma igualitária.

Isso não significa ser conivente com a violência, mas compreender que a saúde não pode nem almeja dar conta da complexidade das relações nas comunidades de forma isolada, assumindo para si a tarefa de acabar com a violência.

Como o ACS pode não se abalar emocionalmente?

Contar com a proposta de cuidado ao cuidador, educação permanente e trabalho em equipe no dia a dia é relevante, é direito, é desejável, contudo, não há como, ao trabalhar com pessoas, não se abalar. Há como transformar o que afeta em qualificação, em reflexão, em palavra compartilhada com o colega.

As reuniões de equipe, por exemplo, são importantes espaços de discussão nos quais todos somam esforços para lidar com a peculiaridade sensível do ACS, revisitando, sempre que possível, as intervenções e os dilemas éticos que surgem dessa relação tão próxima. Desfrute deste espaço!

Muitas situações que envolvem o uso de drogas podem deixar o ACS preocupado e angustiado. O que pode ser feito?

Uma forma produtiva, quando se está angustiado com uma situação que envolva o uso de drogas, é utilizar as “perguntas operadoras”. São doze perguntas que podem ajudar a enxergar a situação com uma visão mais panorâmica. Essas perguntas podem ser revisadas o quanto for necessário.



É perguntando que se entende.

PERGUNTAS OPERADORAS

1. Como a equipe se sente em relação a esta situação?
2. O que mais a equipe gostaria de saber sobre a situação?
3. Há necessidade de saúde? Qual?
4. Há demanda de saúde? Qual?
5. O problema incomoda a equipe?
6. O problema incomoda a pessoa?
7. O problema incomoda a família ou a rede de afetos?
Há diferença entre essas pessoas? Qual?
8. O problema incomoda a comunidade?
9. O problema incomoda o gestor?
10. O que pode ser sugerido e proposto para esta situação, a partir do lugar que ocupamos na rede de saúde?
Curto prazo – 1 mês ou 6 meses
Médio prazo – 6 meses ou 1 ano
Longo prazo – 1 ano ou mais de 1 ano
11. Queremos e podemos contar com outros atores? Quais? Para quê?
12. Outras idéias levantadas além da situação.



Em alguns casos, quando o vínculo já está construído, o exercício de fazer as perguntas pode ser feito com a própria pessoa que usa drogas, para verificar se ela vê seu uso como problemático (ou seja, como algo que lhe incomoda) ou se ela sente que, de alguma maneira, o uso está atrapalhando a sua vida.

Neste caso, a pergunta 1 não precisa ser feita e a pergunta 2 pode ser transformada em uma oportunidade para que a pessoa fale sobre a sua história de vida. Pode ser em uma

conversa, no decorrer de alguns momentos ou de uma forma criativa, como normalmente os ACS costumam fazer no seu trabalho.

Um alerta: para fazer as perguntas junto com o usuário, tenha disponibilidade para escutar, pois a correria e a agonia por produção podem atrapalhar! Cada ACS pode escolher as ferramentas de abordagem junto com a sua equipe. Realizar as perguntas operadoras é apenas uma delas, mas é importante lembrar que sermão não traz solução.

DICAS PARA UMA BOA ABORDAGEM:

- Sigilo: o que for relatado pelos pacientes não deve ser comentado com os colegas nem com seus amigos ou familiares. A discussão dos casos deve ser feita em local apropriado, com as pessoas da equipe.
- Promova um clima acolhedor, tentando ouvir o que a pessoa está vivenciando e convidando-a a falar. A fala é muito importante no processo de elaboração/integração das experiências de violência. Não esqueça que essa conversa pode ser a primeira em que o paciente está se dispondo a compartilhar essa temática. Mas não demonstre ansiedade em saber sobre o ocorrido. Cada um tem seu tempo e o respeito aos limites do outro é regra fundamental!
- Faça todo o esforço possível, verbal e não verbal, para fazer com que o outro sinta que você o está entendendo. A outra pessoa deve perceber que você está interessado em ouvi-la.
- Crie uma atmosfera tolerante, evite julgamentos. O objetivo não é definir quem está certo ou errado e sim auxiliar o sujeito neste momento de grande sofrimento.
- Seja empático, ou seja, busque entender as necessidades e a situação da outra pessoa, colocando-se no lugar dela. Seja flexível, centrando o cuidado na pessoa, o que é diferente de encaixar a pessoa no serviço.
- Não exija decisões rápidas. Tenha paciência com a caminhada da pessoa e respeite o que é saúde para ela: dar tempo para querer coisas e fazer combinações diferentes consigo mesma.
- Exerça a função de “espelho”, devolvendo uma imagem, lembrando dos sonhos e projetos construídos e divididos no dia a dia, dos quais nem sempre a pessoa está decidida quanto à sua relevância atual.
- Coloque-se nas brechas que a pessoa abre entre ela e a droga (no caso da dependência), minimizando os riscos.
- Reconheça seus esforços de enfrentamento e superação, mesmo quando tudo o que se pretendia não foi alcançado.
- Crie alternativas com cada pessoa para os momentos em que sente que irá vacilar.

6. COMO ABORDAR A FAMÍLIA DE UM USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS?

A estratégia Saúde da Família (SF) concebe a família de forma integral e sistêmica, como espaço de desenvolvimento individual e de grupo, dinâmico e passível de crises, não dissociada de seu contexto comunitário e das relações sociais. A família deve fazer parte do processo

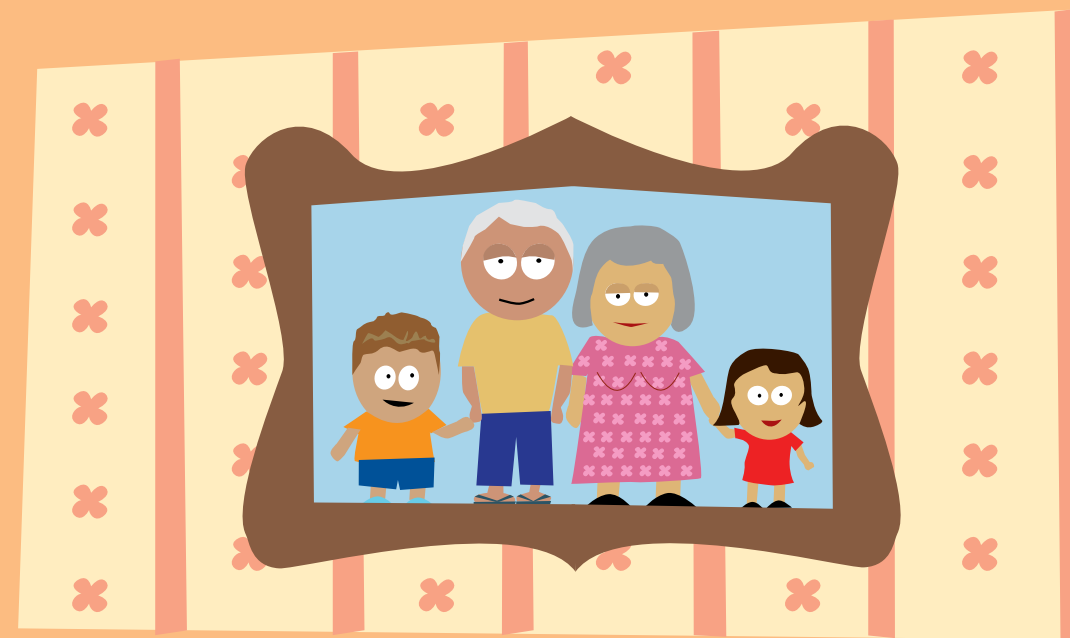
de cuidado e de promoção da saúde das equipes de Saúde da Família.

O que é família?

Cada família é 'uma família', na medida em que cria os seus próprios problemas e estrutura as suas formas de relação, tendo suas percepções, vínculos e especificidades próprias.



A família, seja ela qual for, tenha a configuração que tiver, é, e será, o meio relacional básico para as relações no mundo. (COSTA, 1999)



Não existe família enquanto conceito único. Existem diversas configurações familiares, dependendo do tipo de vínculo. Este vínculo é que vai oferecer o sentimento de pertencimento, habitat, ideais, escolhas, fantasias, limites, papéis, regras e modos de se comunicar que podem (ou não) se diferenciar das demais relações sociais do indivíduo humano no mundo (COSTA, 1999).

Cada família tem uma cultura própria, onde circulam seus códigos: normas de convivência, regras ou acordos relacionais, ritos, jogos, crenças ou mitos familiares, com um modo próprio de expressar e interpretar emoções e comunicações.

Assim, o tema Família refere-se a uma realidade muito próxima de cada um de nós. O significado, o

sentido, os sentimentos despertados são diferentes, de acordo com cada experiência familiar. Isso, muitas vezes, dificulta a percepção e o entendimento dos profissionais de saúde em relação às configurações familiares dos usuários, pois as referências individuais, culturais e sociais são diferentes.

As barreiras culturais e de comunicação dos Agentes Comunitários de Saúde com as diferentes famílias podem ser enfrentadas a partir de uma abordagem que favoreça a reflexão individual e com a equipe: com diálogo, escuta e acolhimento.

Família e o uso de álcool e outras drogas

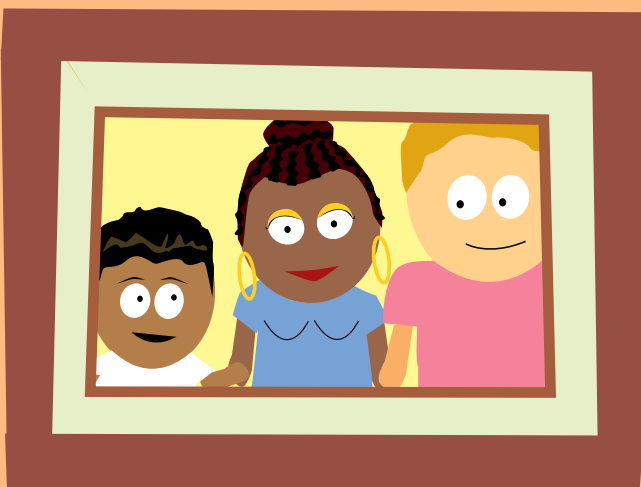
Independente de sua constituição, classe social ou situação econômica, uma família pode ser surpreendida com a questão do abuso de álcool e outras drogas de um de seus membros.

O uso de álcool e outras drogas geralmente provoca

ATENÇÃO

Não focar apenas na preocupação da família é um desafio que só pode ser encarado em equipe.

Por quê? Para considerar as diversas facetas envolvidas e realmente poder auxiliar!



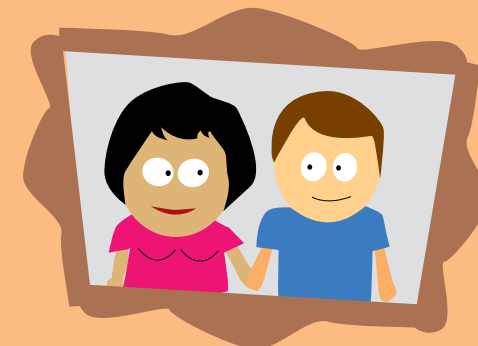
O uso de drogas é um assunto de família.

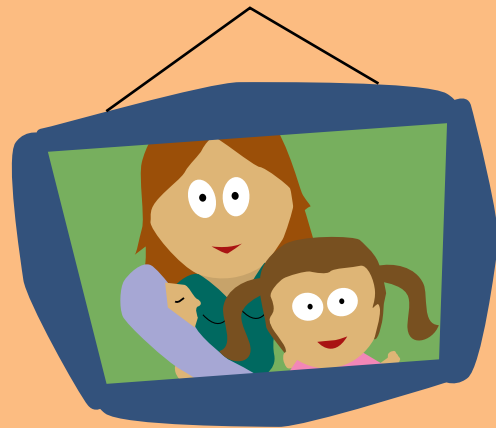
um profundo impacto sobre toda a família e, muitas vezes, é dentro do núcleo familiar que se inicia um processo de marginalização e exclusão, que será posteriormente ampliado pela sociedade. O que se observa é que as famílias apresentam dificuldades para cuidar das questões que envolvem problemas relacionados a esse uso.

Frequentemente, as famílias se sentem desautorizadas ou desatualizadas em relação aos seus próprios problemas. Assim, quando solicitam auxílio de um profissional da saúde no que se refere ao uso e abuso de drogas, esse ato pode permitir a reflexão sobre a função que o uso de álcool e outras drogas tem na relação familiar.

Há alguma assessoria para ajudar as famílias com pessoas usuárias de drogas?

O vínculo e o atendimento com o médico, enfermeiro e outros profissionais da equipe é fundamental. Por isso, discuta com os profissionais a marcação de agenda ou de visitas domiciliares para essas famílias. Mas, nos casos muito complexos, com os quais a equipe tenha dificuldades de condução, é importante buscar o apoio dos profissionais do CAPS, do NASF ou de outros especialistas em Saúde Mental.





Algumas equipes Saúde da Família já recebem Apoio Matricial, que consiste em um suporte de profissionais especializados, que pode auxiliar muito na abordagem familiar e no tratamento de pessoas usuárias de drogas.

O ACS se aproxima muito das famílias. Ele pode indicar AA ou NA?

Sim. Assim como pode indicar qualquer outro recurso que faça sentido para aquela pessoa, em seu contexto. Mas a discussão com a equipe de Saúde da Família é muito importante para decidir para onde encaminhar o usuário. O que não pode ocorrer é a indicação de

um recurso em detrimento de outro, baseado em suas crenças e posições pessoais.

Como ajudar o adolescente usuário de drogas que não tem apoio da família?

Para isso, é importante não se prender somente na preocupação da família. É claro que essa família precisa de cuidados, como escuta e acolhimento. Mas, muitas vezes, é importante auxiliar no restabelecimento de um canal de comunicação que pode ter sido rompido ou ser inseguro, muito antes do uso de drogas.

Como fazer com que a família de um adolescente que usa drogas não sofra tanto?

É preciso ter muita calma para não entrar no desespero da família. Se esse adolescente for acolhido e inserido em alguma atividade comunitária, receber tratamento em um serviço de saúde,

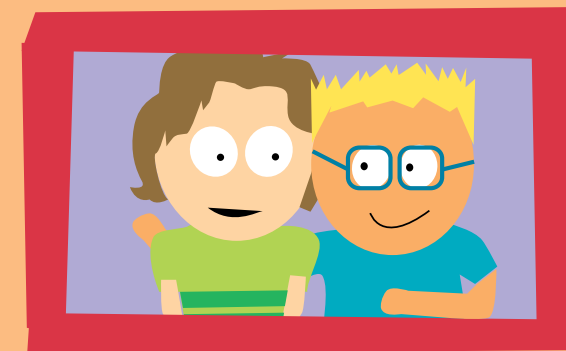
É importante que a família seja acolhida e atendida pela sua equipe de Saúde da Família!

isso já diminuirá muito a ansiedade da família. É importante também marcar uma agenda com o médico ou enfermeiro da equipe de Saúde da Família para que essa família tenha um espaço de escuta e crie vínculo com esses profissionais.

A atuação em Redução de Danos abrangeria também a família do usuário?

Sim. Como a estratégia Redução de Danos vai trabalhar com as possibilidades de saúde de cada pessoa usuária de álcool e outras drogas, é importante que a família também se insira nesse processo. Muitas vezes, a família, por estar muito desgastada, não consegue mais perceber quem é a pessoa que está por trás da droga e essa é uma tarefa muito

importante. Construir junto com a família estratégias que a auxiliem na percepção de que a pessoa usuária de drogas tem sentimentos, dores, potencialidades e não é somente um drogadito, pode fazer muita diferença. Quando se diz “fulano é um drogadito” coloca-se nele um rótulo, pesado de se carregar, e que acaba por ofuscar muitas outras coisas que constituem essa pessoa.



DICAS PRÁTICAS PARA ATUAR COM A FAMÍLIA

- Evite julgamentos baseados em qualquer tipo de preconceito. Só será possível conversar com uma família em prol do seu desenvolvimento se você puder ouvi-la sem julgar ou recriminar.
- Não se prenda somente na solicitação dos familiares. Muitas vezes, pelo desespero ou sensação de impotência, os familiares pedem intervenções que não são necessárias ou que não são as mais indicadas para ajudar a pessoa usuária de drogas. Um pedido muito comum é a solicitação de internação do familiar. Discuta sempre com sua equipe o que pode ser feito para auxiliar essa pessoa e a família.
- Ofereça um espaço de escuta individualizado para a pessoa usuária de álcool e outras drogas, para que ela possa falar o que sente e pensa. Muitas famílias, por não saberem como lidar com a situação, podem oprimir e marginalizar seus familiares usuários de drogas. Junto com a sua equipe de saúde, pense nas melhores formas de abordagem para essa família.
- Priorize visitas mais imediatas às famílias com maiores dificuldades psicossociais.
- Identifique pessoas que podem auxiliar na parceria do cuidado em saúde mental da pessoa usuária de álcool e outras drogas. Algumas vezes, essa pessoa não pertence ao grupo familiar de origem.
- Observe como a família se comunica, se as mensagens são claras ou obscuras. Discuta isso

com a sua equipe de saúde da família, objetivando auxiliar na comunicação.

- Reconheça e valorize os saberes e os recursos encontrados pela família na convivência diária com a pessoa usuária de álcool e outras drogas.

- Fique atento aos movimentos de saúde do usuário, mesmo que sejam mínimos, e discuta-os com a equipe de saúde da família.

- Construa junto com a família alternativas de mudança e de promoção dos cuidados familiares da pessoa usuária de álcool e drogas. Há um saber acumulado sobre este assunto que poderá ajudar muito na compreensão dos modos de ser, viver e conviver em família.

- Crie o hábito de fazer anotações sobre cada ação realizada e discuta seu trabalho com seus colegas de equipe, compartilhando dúvidas, certezas, limites e possibilidades. Registros escritos preservam e constroem histórias...

- Não se assuste, nem reaja com base em fortes sentimentos - 'positivos' ou 'negativos' - que determinadas pessoas e famílias mobilizam. Nestas situações, melhor será adiar uma resposta e buscar ajuda de sua equipe de saúde.

- Busque discutir as situações que você tem mais dificuldades com sua equipe de saúde e busque também o apoio dos profissionais do CAPS, do NASF ou de outros especialistas da Saúde Mental.

7. POSSIBILIDADES DE AÇÕES E DE TRATAMENTO

A atenção às pessoas usuárias de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, está fundamentada nos referenciais da atenção em rede, acesso universal e intersetorialidade. A atenção em rede é o princípio que aponta para a necessidade de que diferentes dispositivos de atenção estejam articulados de forma complementar,

Internação não é a única opção.

solidária e funcional, onde se busque garantir a continuidade da assistência.

Apesar da diversidade de serviços em saúde mental oferecidos na rede, na grande maioria das vezes, as pessoas usuárias de álcool e outras drogas, quando buscam o Agente Comunitário de Saúde, fazem o seguinte pedido: “Quero me internar”. Isto, não raro, é observado em pessoas com as mais diversas relações com as drogas – da ocasional à dependente.



Em conjunto, dividimos ações e experiências.

Por que será que isso acontece?

Escutando mais atentamente essas pessoas, percebe-se que geralmente pedem a internação por acreditarem ser esta a única possibilidade de tratamento, desconhecendo os outros serviços em saúde mental disponíveis.

Portanto, é tarefa dos profissionais de saúde, inclusive dos ACS, conhecer os recursos da rede e construir junto com os usuários as possibilidades de atenção a cada pessoa, de forma singularizada, apresentando novas perspectivas.

Pessoas que usam drogas conseguem abandonar seu uso e ter uma vida normal?

Sim, se isso for o que ela quer.

É difícil se livrar do vício das drogas?

Depende da pessoa, do que a motiva, de sua relação com a droga, da função que a droga tem na sua vida e da rede de apoio disponível para o seu projeto de vida.

Qual o tempo necessário de tratamento?

Não se pode falar de um tempo fixo, mas de um processo que pode envolver diferentes estratégias, repertórios e serviços, organizados em um plano terapêutico singularizado, montado em conjunto.

O que é melhor, repressão ou compreensão? Punição não resolveria o problema quando a pessoa não aceita tratamento?

Compreensão, articulada com ações estratégicas no território.

Como poderiam ser desenvolvidas estas ações estratégicas pela equipe de Saúde da Família?

Atendimentos individuais: consistem em espaços de escuta e comunicação nos quais o sujeito pode falar abertamente de si e de suas necessidades.

Grupos: dispositivo que permite o processo de reflexão, troca de experiências e fortalecimento de vínculos entre pares. Ex: Narcóticos Anônimos, Alcoólicos Anônimos e grupos desenvolvidos na própria unidade de saúde.

Visitas domiciliares: permite a circulação pelo território, o acesso do usuário ao Serviço de Saúde. Possibilita a compreensão do contexto, do estilo de vida e da dinâmica das famílias e da comunidade; permite a detecção de problemas antes que estes se agravem e o acompanhamento da evolução do usuário fora do serviço, reforçando seu vínculo com a comunidade. Simboliza, em muitos momentos, um “cuidado especial”.

Consulta conjunta: consiste na realização de uma consulta conjunta entre diferentes profissionais. Essa consulta pode ser realizada simultaneamente com o profissional especializado em saúde mental e

o profissional da SF. É um espaço de atuação interdisciplinar por excelência, com grande potencial para trocas. Possibilita a discussão de situações com outras equipes e atores, permitindo diferentes olhares.

Ações de prevenção, promoção e educação em saúde: atividades realizadas em escolas e creches, por exemplo. Propiciam a reflexão crítica, instrumentalizando o sujeito para que possa fazer escolhas, e não somente reproduzir.

Para casos mais complexos, Apoio Matricial.

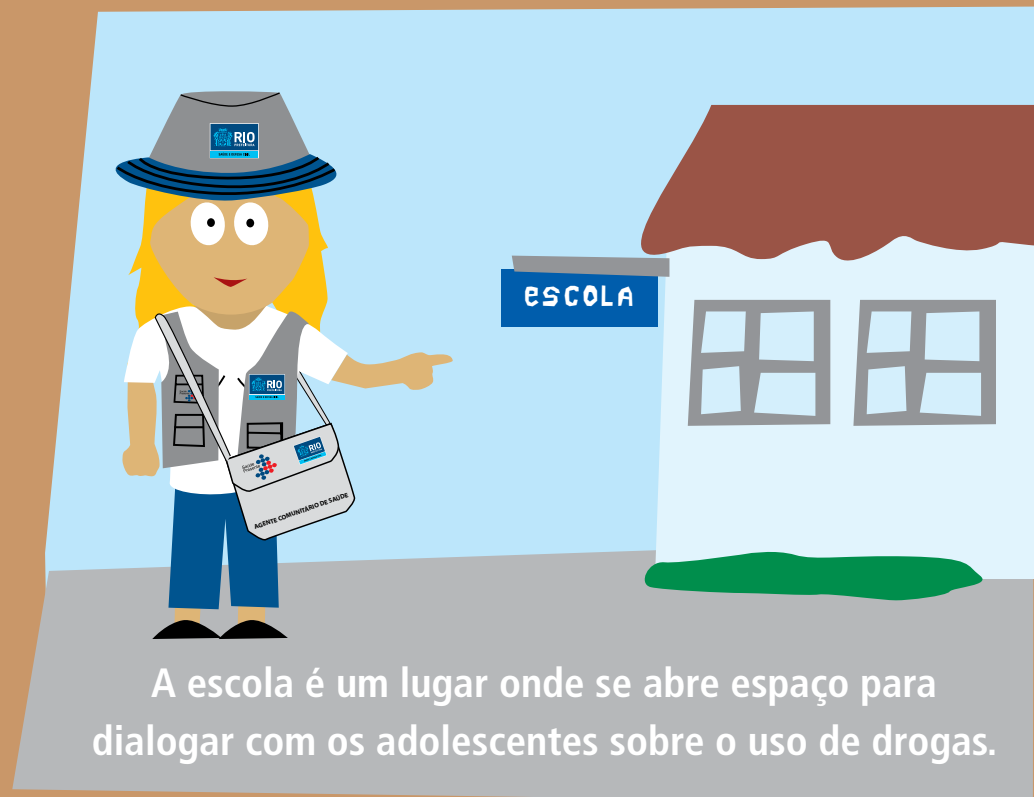
Ações intersetoriais: articulação com outras áreas de conhecimento e outros serviços como o Conselho Tutelar e a escola, no tratamento do paciente.

Apoio matricial: nos casos mais complexos, com os quais a equipe

tenha dificuldades de intervir, é importante buscar o apoio dos profissionais do CAPS, do NASF ou de outros especialistas em Saúde Mental. Estes profissionais podem vir na Unidade de Saúde da Família e discutir o caso, atender e/ou realizar uma visita domiciliar conjuntamente ou ainda orientar o profissional por telefone. Isso é chamado de Apoio Matricial. Procure saber qual é o serviço que matricia (oferece apoio) à sua equipe!

A escola é um lugar para realização de ações de redução de danos pela equipe de Saúde da Família?

Sim. A escola é um ambiente privilegiado para a realização de ações de saúde voltadas aos jovens por ser um espaço de construção, socialização, formação e informação.



Além disso, agrega grande parte dos adolescentes da comunidade e é o lugar onde eles passam a maior parte do seu tempo. Nesse contexto, o Programa Saúde na Escola (PSE) tem muito a contribuir.

O PSE resulta do trabalho integrado entre a Saúde e a Educação. O foco do PSE situa-se no enfrentamento das

vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens brasileiros. Sendo assim, através do PSE, as equipes de Saúde da Família podem realizar várias ações, tais como o oferecimento de informações sobre as consequências positivas (efeitos de prazer) e negativas do uso de álcool e outras drogas e de outras ações que visem à redução de danos.

Sendo assim, a equipe Saúde da Família tem um papel importante no trabalho na escola, difundindo informações, criando espaços de diálogo com os adolescentes sobre o uso do álcool, do tabaco e de outras drogas.

Quais os serviços disponíveis na rede de saúde mental de atenção ao usuário de álcool e outras drogas?

Mas algumas situações consideradas mais graves (que necessitam de um cuidado intensivo) devem ser encaminhadas para os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS ou para outros serviços de referência em saúde mental. Quando for necessária a internação, optar, de preferência, pelo Hospital Geral.

A coordenação do cuidado ao usuário é sempre responsabilidade da equipe de Saúde da Família.

As **equipes de Saúde da Família** são responsáveis pelas questões de saúde da população de sua área de abrangência, o que implica em oferecer ações e cuidado para os usuários de álcool e outras drogas. As equipes de SF podem solicitar auxílio de profissionais especialistas em saúde mental, para conduzir os casos na própria unidade.

Ao encaminhar para algum serviço da rede de saúde mental, a equipe de Saúde da Família permanece sendo a responsável pela coordenação do cuidado. Ela vai manter o contato com a pessoa usuária de álcool e outras drogas e/ou com a sua família, acompanhando todas as questões de saúde que surgirem nesse processo de cuidado.

Os **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)** são considerados serviços estratégicos da Reforma Psiquiátrica brasileira, porque apontam para a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Os CAPS prestam atendimento em saúde mental em regime de atenção diária, evitando, assim, as internações em hospitais psiquiátricos. Dentre seus objetivos, destaca-se o oferecimento de suporte à atenção à saúde mental na Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2005).

Existem seis tipos de CAPS, que são diferenciados de acordo com o porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e perfil populacional dos municípios. Assim, esses serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infância), CAPS ad (álcool e drogas) e CAPS III ad. Todos os CAPS são compostos por equipes

multiprofissionais, que contam com psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social, aos quais se somam outros profissionais do campo da saúde (BRASIL, 2004b).

Nos diversos tipos de CAPS, o projeto terapêutico é singular para cada pessoa, contemplando suas necessidades e desejos, podendo sua frequência ao serviço ocorrer de forma intensiva, semiintensiva e não intensiva. Nesses espaços, oficinas, trabalhos de geração de renda e tratamento com medicação (entre outras atividades) são desenvolvidos.

É importante esclarecer que esse serviço deve estar sempre pronto para acolher o usuário, não exigindo a sua abstinência. É indicado para a fase de reabilitação, visando à reinserção social do cidadão.



Os **ambulatórios (propriamente ditos)** disponibilizam, geralmente, atendimentos psicológico e psiquiátrico. Estes atendimentos podem ser desenvolvidos individualmente ou em grupo.

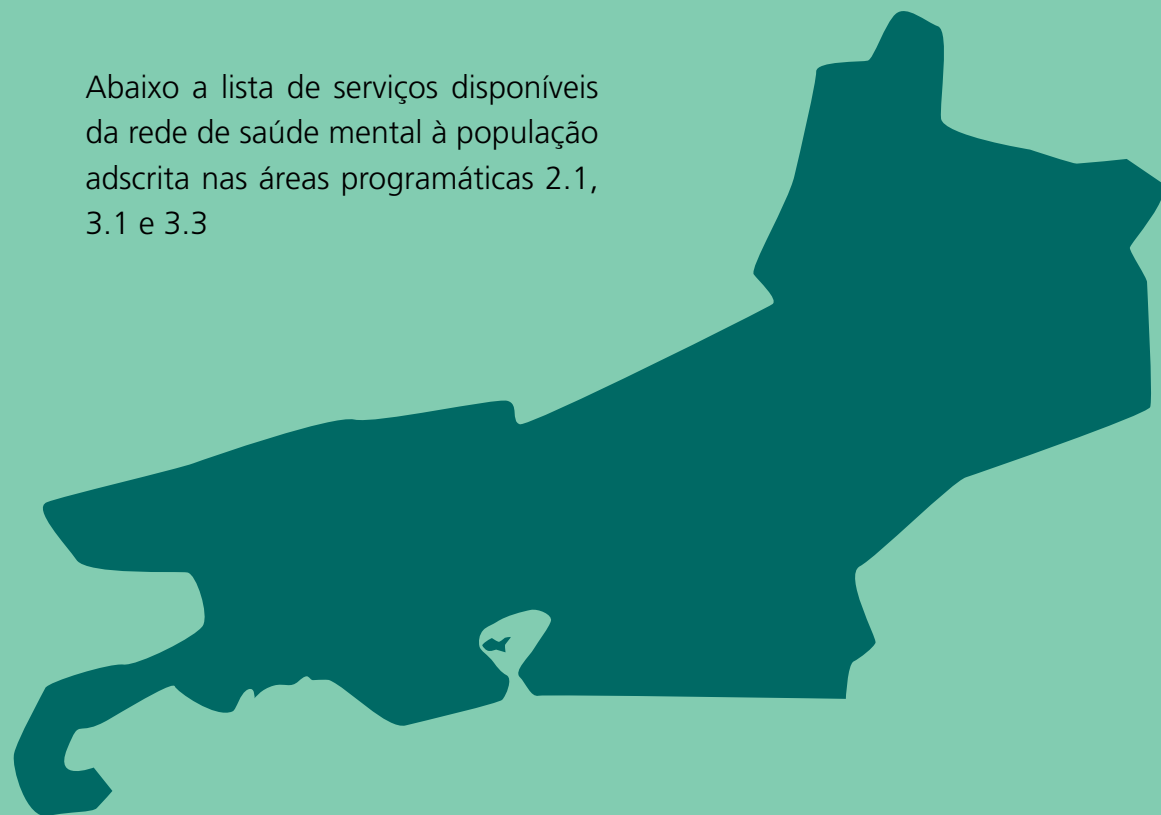
Os **Hospitais** disponibilizam internação para os momentos de crise, quando a pessoa oferece risco para si ou para os demais. Recomenda-se que seja de curta duração, para que não se produza o isolamento nem se

rompam os laços afetivos e sociais. Não é a melhor forma de cuidado; é uma das possibilidades dentro de um diverso repertório de cuidados.

Os **Pronto Socorros e Unidades de Pronto Atendimento (UPA)** atendem, geralmente, as urgências e os quadros de intoxicação e abstinência. Observa-se, no entanto, uma deficiência do diálogo estabelecido entre esses serviços de urgência e emergência e os demais serviços de saúde mental da rede.

8. REDE DE SERVIÇOS SAÚDE MENTAL

Abaixo a lista de serviços disponíveis da rede de saúde mental à população adscrita nas áreas programáticas 2.1, 3.1 e 3.3



ATENÇÃO:

- A AP 33 ainda não dispõe de serviço especializado para atendimento de usuários em uso abusivo e/ou nocivo de substâncias. A orientação da Coordenação de Saúde Mental é que todos os serviços de saúde possam acolher pessoas em uso de substâncias. Os encaminhamentos e cuidados serão os pertinentes a cada caso ou situação em particular, respeitando o nível de complexidade.
- O cuidado de desintoxicação dos pacientes é de competência dos hospitais gerais e/ou UPAS e não dos serviços psiquiátricos, já que estes serviços não dispõem dos recursos necessários.
- A unidade de referência para regulação de avaliação e internação nas Clínicas Sociais do Estado (Clínicas Michele em Santa Cruz, Valença e Barra Mansa) é o CEAD, em São Cristóvão. Esta unidade recebe para avaliação somente pacientes sem comorbidade psiquiátrica e a partir de avaliação prévia de algum serviço de saúde do território da AP33.
- Os CAPS avaliam e cuidam somente de pacientes em uso de substâncias que possuam quadro de comorbidade psiquiátrica.

Serviço	Recepção	Agendamento	Território de responsabilidade	Perfil da clientela	Modalidades de atendimento	Matriciamento
CMS João Barros Barreto R. Tenreiro Aranha, s/nº Copacabana Tel geral: 2547 7122 Direção:2256 5406, 2256 2202 Diretor: Cristiane Chefe de setor: Isabel e-mail: cmsjbarreto@rio.rj.gov.br reunião de equipe: ---	Adulto: 2ª feira 8h-12h Crianças e adolescentes: grupo de pais 5ª feira 08h30h às 10h	Adulto: no guichê (térreo), 2ª feira, às 8h. Os interessados são agendados para o grupo da semana seguinte. 8 vagas. Crianças e adolescentes: primeira 5ª feira do mês para acolhimento, orientação e marcação no grupo. Vagas: não tem nº fixo.	Leme e Copacabana.	Crianças, adolescentes e adultos do seu território de abrangência na AP 2.1.	Psicologia: individual e grupo Psiquiatria: individual Grupos: Roda de conversa, grupo de pais, grupo de terapia de adultos	Não realiza.
CMS Píndaro Carvalho Rodrigues R. Padre Leonel França, s/nº Gávea Tel direção: 2274 6495 geral: 2274 2796 Diretora: Raquel Piller e-mail: cmspcrodrigues@rio.rj.gov.br Reunião de equipe: periódica, sem dia fixo	Individual para adultos, crianças e adolescentes.	Agendamento /acolhimento prévio com o profissional da saúde mental que agenda 1ª entrevista de avaliação de segunda a sexta, manhã e tarde.	Rocinha, Vidigal, Gávea, Jardim Botânico, Leblon, Ipanema, Parque da Cidade.	Crianças, adolescentes e adultos do seu território de abrangência na AP 2.1.	Psicologia: individual Grupos: oficina de memória, oficina de fala, ginástica, biodança, artesanato.	Não realiza.
CMS Manoel José Ferreira R. Silveira Martins,161, Catete Tel: 2225 7505, 2265 4282 2205 7802, 2225 3864 Diretora: Marta Martins Paranhos e-mail: cmsmjferreira@rio.rj.gov.br Reunião de equipe: 4ª feira às 13h	Adultos, crianças e adolescentes: 2 grupos de recepção quinzenais com 2 encontros. 12 vagas por grupo Horários dos grupos: 4ª feira às 10h e às 13h30 Obs: Demandas para crianças e adolescentes: participam dos grupos somente os responsáveis.	Agendamento prévio na recepção, somente 3ª e 6ª feira, de 9h às 11h.	Glória, Catete Flamengo, Laranjeiras, Cosme Velho.	Crianças, adolescentes e adultos do seu território de abrangência na AP 2.1.	Psicologia: individual Psiquiatria: Individual Grupos terapêuticos de adultos e adolescentes, grupo do programa de tabagismo.	Atualmente um profissional realiza matriciamento com ESF 1 do Santa Marta.

Serviço	Recepção	Agendamento	Território de responsabilidade	Perfil da clientela	Modalidades de atendimento	Matriciamento
Policlínica Dom Helder Câmara R. Voluntários da Pátria, 136 Botafogo Tel: 2286 0424, 2286 0126 Diretora: Leila Marly M. Simões e-mail: pamdhcamara@rio.rj.gov.br Reunião de equipe: toda 5ª feira, 9 às 10h30	Adulto: Grupo de recepção 5ª feira 10h30 às 12h Criança e adolescente: quinta-feira 10h30 (crianças) 14h30 (adolesc). Somente responsáveis	Adultos: 4ª feira de 8h às 10h no setor de saúde mental. 12 vagas quinzenal. Crianças/adolescentes: Qualquer dia, preferencialmente 5ª feira, no setor de saúde mental. 5 + 5 vagas quinzenal.	Botafogo, Humaitá e Urca.	Crianças, adolescentes e adultos do seu território de abrangência na AP 2.1.	Psicologia e psiquiatria Individual Grupos: de clientela infanto-juvenil autista e psicótica, grupos terapêuticos.	Não realiza.
Instituto de Psiquiatria - UFRJ: CAPSi CARIM (Centro de Atenção e Reabilitação para a Infância e a Mocidade) Av. Venceslau Brás, 71 fundos Entrada própria pelo Campus da Praia Vermelha, UFRJ Tel: 3873 5574 e-mail: carim@ipub.ufrj.br Reunião de Supervisão/Equipe: às 5ª feira, de tarde	Recepção individual.	De 2ª feira a 6ª feira , manhã e tarde, sem necessidade de agendamento prévio.	AP 1.0., 2.1, 2.2. Emergencialmente, a AP 3.1, com suporte da equipe local.	Crianças e adolescentes com transtorno mental grave e persistente, e/ou em situações de grande complexidade.	Abordagem psicossocial, acompanhamento terapêutico por equipe multidisciplinar, em turnos com intensividades diferenciadas, atendimentos individuais e coletivos, acompanhamento familiar individual em grupo; atividades comunitárias; trabalho intersetorial com outros setores da atenção integral à criança e ao adolescente.	Não realiza.
IPUB - Instituto de Psiquiatria - UFRJ: SPIA (Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência) Av. Venceslau Brás, 71 fundos Tel: 3873 5540 3873 5530 Fax: 2543 3101 e-mail: ipub@ipub.ufrj.br	2ª a 6ª feira a partir das 8h da manhã. O responsável deve comparecer com a criança/adolescente, Aproximadamente 3 vagas/ manhã.	Sem agendamento prévio. Para receber número chegar pouco antes das 7h.	AP 2.1 para psicoterapia. Para psiquiatria os pacientes são acolhidos, independente do território. Quando necessário, faz-se encaminhamento para tratamento em suas áreas de referência.	Transtornos psiquiátricos em geral de crianças e adolescentes.	Consultas psiquiátricas e psicoterápicas.	Não realiza.

Serviço	Recepção		Agendamento	Território de responsabilidade	Perfil da clientela	Modalidades de atendimento	Matriciamento
IPUB - Instituto de Psiquiatria - UFRJ: PROJAD (Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de drogas) Av. Venceslau Brás, 71 fundos	Recepção em separado da triagem geral do Ambulatório do IPUB. Através de demanda espontânea ou por encaminhamento, os interessados comparecem ao Grupo de Acolhimento que acontece toda quarta-feira, das 8h às 12h. 8 vagas para pacientes e/ou familiares. As pessoas são acolhidas por uma equipe multiprofissional.			Não restrita à AP 2.1.	Adultos em uso indevido de drogas.	Psicologia, psiquiatria e assistência social: individual Atendimento em grupos, oficinas terapêuticas, atendimento a familiares.	Não realiza.
IPUB - Instituto de Psiquiatria - UFRJ: Ambulatório de Adultos Av. Venceslau Brás, 71 fundos	Recepção individual manhã e tarde diariamente. 9 vagas. As pessoas poderão ser encaminhadas posteriormente para grupo de admissão (até 5 encontros)	Os interessados devem chegar ao serviço nas primeiras horas da manhã, de 2ª a 6ª. Receberão um número para atendimento de 1ª vez.		Não restrita à AP 2.1.	Adultos	Psicologia e psiquiatria: atendimento individual e grupos.	Não realiza.
IPUB - Instituto de Psiquiatria - UFRJ: Hospital-Dia (HD) Av. Venceslau Brás, 71 fundos	O HD não recebe encaminhamentos externos ao Instituto. O encaminhamento dos pacientes para o HD é realizado por profissionais do próprio IPUB que o acompanham nos ambulatórios e/ou nas enfermarias. A recepção é feita no grupo de acolhimento, realizado semanalmente no HD.			Pacientes acompanhados no ambulatório do IPUB e egressos de internação do próprio Instituto.		Atendimento psicoterápico e psiquiátrico individual, grupos e oficinas.	Não realiza.
IPUB - Instituto de Psiquiatria - UFRJ: CDA (Centro de Doenças de Alzheimer e outras Desordens Mentais na Velhice) Av. Venceslau Brás, 71 fundos	4ª e 5ª feiras às 8h30 da manhã realizado por dupla multiprofissional. Os casos que preenchem os critérios de inserção são agendados para consulta com psiquiatra. Os demais são encaminhados quando necessário. Agendamento: 10 acolhimentos para cada dia de recepção. Não há marcação por telefone.			Idosos acima de 60 anos de idade com qualquer tipo de problema na esfera psicológica, psiquiátrica e neuropsiquiátrica- demências, depressão, ansiedade e psicoses. O CDA não atende casos de alcoolismo ou abuso de drogas.		Psicologia - atendimentos individuais e em grupo. Família - orientação dos cuidadores e familiares, apoio entre os próprios familiares e profissionais. Grupos de familiares com palestras psico-educacionais. Fisioterapia - Grupo voltado unicamente para a manutenção das capacidades de independência e motricidade dos pacientes já em atendimento no CDA. Fonoaudiologia - Atendimento ambulatorial para problemas de fala e deglutição decorrentes dos processo demenciais. Grupos ligados às oficinas terapêuticas. Centro Dia – p/ pacientes com Doença de Alzheimer ou Demência Vascular leve ou moderada em módulos de oficinas terapêuticas. Objetivo: manutenção e reabilitação das atividades de vida diária, atividades como culinária, jardinagem, oficinas de memória e interação social.	
Telefones e e-mail do IPUB Tel: 3873 5540, 3875530 Fax: 2543-3101 e-mail: ipub@ipub.ufrj.br							

Serviço	Recepção	Agendamento	Território de responsabilidade	Perfil da clientela	Modalidades de atendimento	Matriciamento
IPUB - Instituto de Psiquiatria - UFRJ: CIPE (Centro Integrado de Pesquisas) Av. Venceslau Brás, 71 fundos Tel: 3873 5540, 3873 5530 Fax: 2543 3101 e-mail: ipub@ipub.ufrj.br	Ingresso: por encaminhamento do ambulatório do IPUB ou por demanda espontânea, após serem submetidos a triagem específica do próprio CIPE e direcionados para o projeto de pesquisa específico para seu caso (transtornos de ansiedade, depressão). Os pacientes são informados sobre o protocolo da pesquisa em questão e concordam ou não com sua participação. Horário: 08h às 17h, de segunda a sexta. Alguns projetos aceitam marcação pelo telefone 2295-3449.		Não restrita à AP 2.1.	Pacientes portadores de transtornos mentais das linhas de pesquisa (transtornos de ansiedade e de humor).	Atendimentos realizados por especialistas das linhas de pesquisa.	
IPUB - UFRJ: Enfermaria Psiquiátrica Av. Venceslau Brás, 71 Fundos Tel: 3873 5540, 3873 5530 Fax: 2543-3101 e-mail: ipub@ipub.ufrj.br	Enfermaria psiquiátrica masculina e feminina. Não existe porta-de-entrada (serviço de pronto-atendimento) de emergência direta para estes leitos. Os pacientes são transferidos dos pólos de internação do Instituto Philippe Pinel, Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro, Hospital Jurandir Manfredini e Policlínica Del Castilho para as enfermarias do IPUB. .As vagas para internação no IPUB são submetidas ao controle da Central Reguladora de vagas da Secretaria Estadual de Saúde.					
Capsad Centra-Rio R. Dona Mariana, 151, Botafogo Tel: 2334-8107 e 2224-8109 e-mail: capsad.centrario@saude.rj.gov.br Reunião de equipe: 6ª f. de tarde.	Acolhimento imediato. Todos os dias de 8 até 12h. De segunda a quinta de 13 até 15h.	Sem agendamento prévio.	AP 2.1	Crianças, adolescentes e adultos da AP 2.1 que necessitam de tratamento para uso de álcool e outras drogas. Dispositivo indicado quando necessário intensividade e complexidade no cuidado.	Abordagem psicossocial e de redução de danos. Atendimentos individuais e em grupo, oficinas, projetos de geração de renda etc	Desenvolve oficinas permanentes com o SF da AP 2.1 para discussão de casos.
CAPS III Maria do Socorro Estrada da Gávea, 577 Curva do S - Rocinha Tel. direção: 3322 6148 Tel. administração: 3322 6368 Caso a ligação caia na Unidade UPA, a transferência pode ser pedida para os ramais 211 (direção) ou 202 (adm) Reunião de equipe: 2ª feira de 13h às 18h e-mail: capsmaryadosocorro@vivacomunidade.org.br	Acolhimento e recepção diários, inclusive sábados, domingos e feriados Horários: - manhã: 8h às 11h - tarde: 13h às 17h - noite: 18h às 21h	Sem agendamento prévio.	Rocinha, Vidigal, Vila Canoas, Gávea, Leblon	Adultos com transtorno mental grave e persistente do seu território de abrangência na AP 2.1.	Abordagem psicossocial, atendimentos individuais, em grupo, oficinas, projetos de geração de renda etc. Acolhimento noturno para a própria clientela.	Realiza.

Serviço	Recepção	Agendamento	Território de responsabilidade	Perfil da clientela	Modalidades de atendimento	Matriciamento
Instituto Municipal Philippe Pinel: Emergência Psiquiátrica Av. Venceslau Brás, 65, Botafogo Tel: 2542 3049 e-mail: ippinel@rio.rj.gov.br	Emergência psiquiátrica 24h.	Sem agendamento prévio.	Ap 2.1 e 2.2 Suporte para casos da 3.1(somente clientela infanto-juvenil)	Adultos, crianças, e adolescentes com transtornos mentais graves da Ap 2.1 e 2.2.	Emergência psiquiátrica, internação psiquiátrica, internação para álcool e outras drogas.	Não realiza.
Instituto Municipal Philippe Pinel: Ambulatório de Adultos e Outros Dispositivos Terapêuticos Av. Venceslau Brás, 65, Botafogo Tel: 2542 3049 e-mail: ippinel@rio.rj.gov.br	Grupo de recepção: todos os dias, manhã e tarde	Sem agendamento prévio.	AP 2.1	Pacientes com transtornos mentais graves da AP 2.1.	Acompanhamento ambulatorial de psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional e outros (individual e em grupo). Desenvolvem-se também com sua clientela programas de reabilitação psicossocial, geração de renda e modalidade Hospital Dia.	Obs: atualmente 2 profissionais realizam matriciamento com ESF 2 do Santa Marta.
Instituto Municipal Philippe Pinel: Núcleo Infanto-Juvenil (NIJ) Av. Venceslau Brás, 65. Botafogo. Tel: 2542 3049 e-mail: ippinel@rio.rj.gov.br Reunião de equipe: 3ª feira de 8h às 12h	Recepção individual 2ª, 4ª, 5ª e 6ª de 08h às 16:30; 3ª de 13 às 16:30 Sem fixo de vagas.	Sem agendamento prévio.	AP 2.1, 2..2, 1.0 e suporte para casos graves acompanhados na AP 3.1.	Crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, oriundos das áreas 2.1, 2.2 . 1.0 e 3.1.	O serviço tem funcionamento semelhante a CAPSi. Abordagem psicossocial, acompanhamento terapêutico por turnos com intensividade diferenciada, atendimentos individuais e em grupo, oficinas, terapia de família.	Não realiza.
Instituto Municipal Philippe Pinel: Serviço de Internação e Acompanhamento da Clientela Adulta Usuária de Álcool e Outras Drogas (STA) Av. Venceslau Brás, 65, Botafogo Tel: 2542 3049 ramal 2044/45 e-mail: ippinel@rio.rj.gov.br Reunião de equipe: 3ª feira de 10h30 às 12h30	Grupo de recepção: segunda, quarta e sexta às 11 horas.	Sem agendamento prévio.	Ap 2.1 e egressos de internação no IMPP.	Internação e tratamento ambulatorial para adultos usuários de álcool e outras drogas da AP 2.1	Psiquiatria e psicologia: individual. Grupo de mulheres, de tabagismo, oficinas (fitoterápica, costura, jardinagem, bonsai, marcenaria, video e leitura)	Não realiza.

Serviço	Recepção	Agendamento	Território de responsabilidade	Perfil da clientela	Modalidades de atendimento	Matriciamento
Hospital Municipal Rocha Maia Rua Gal. Severiano, 91, Botafogo Direção: André Vaz e-mail: hmrmaia@rio.rj.gov.br Tel: 2543 1608 (gab), 2295 2694 (adm), 2295 2095 (geral)	A Saúde mental não está aberta para as demandas de saúde mental da rede.		Atendimento das demandas internas do hospital.		Psicologia.	
Hospital Municipal Miguel Couto: Emergência Direção:Luiz Alexandre Essinger R. Mário Ribeiro, 117, Gávea Tel: 3111 3600, 3111 3610, 3111 3712, 31113620, 3111 3710 e-mail: hmmcuto@rio.rj.gov.br	A Saúde mental não está aberta para as demandas de saúde mental da rede. Hospital Geral de referência para emergências clínicas.		Atendimento das demandas internas do hospital.		Psicologia e psiquiatria.	
Unidade de Pronto Atendimento UPA Estrada da Gávea, 577 Curva do S - Rocinha Tel: 3322 7190, 3322 7039, 3222 7839, Fax: 3222 7089 e-mail: uparocinha@vivacomunidade.org.br	Atendimento de urgência e emergência durante 24 horas, todos os dias da semana, inclusive finais de semana.	Sem agendamento prévio.		Crianças, adolescentes e adultos em situação de emergência ou urgência.	Emergências clínicas, inclusive as relacionadas com abuso de álcool e drogas.	Não realiza.

Serviço	Recepção	Agendamento	Território de responsabilidade	Perfil da clientela	Modalidades de atendimento	Matriciamento
CMS Américo Veloso R. Gerson Ferreira, 100, Ramos, Maré Direção: Valéria Gomes Pereira Tel: 2731 172? (recepção) 2573 7235 (dir), 2573 7187 (adm) e-mail: cmsaveloso@rio.rj.gov.br	Adultos, Crianças e adolescentes: Atendimentos individuais	Adulto, Crianças e adolescentes: Agendamento prévio com a profissional	Ramos, Baixa do Sapateiro, Nova Holanda, Roquete Pinto.	Crianças adolescentes e adultos da ap 3.1 segundo território de responsabilidade.	Modalidades de atendimento Psicologia: Individual Psiquiatria: avaliada e encaminhada ao PAM Maria Cristina Roma Paumgarten	Em fase de organização.
Policlínica José Paranhos Fontenelle Rua Leopodo Rego, 700, Penha Chefe de SM: Inês M. da Silva Direção: Rosane Messias Tel: 3111 6931 (Saúde Mental), 3111 6926 (direção), 3111 6920 (administração) e-mail: pfontenelle@rio.rj.gov.br Reunião de equipe: Última 2ª feira do mês, 10h.	Adulto: grupo 2ª feira quinzenal, 8h às 10h, 8 vagas, até 4 encontros Crianças e adolescentes: 2ª feira, quinzenal, 8h às 10h, 10 vagas,	Agendamento prévio com o profissional. O acolhimento é realizado no dia em que a pessoa chega ao serviço, pelos profissionais presentes.	Olaria, Penha, Penha Circular, Brás de Pina, Vila Cruzeiro, Grotão, Marcílio Dias., Complexo do Caricó.	Crianças adolescentes e adultos da ap 3.1 segundo território de responsabilidade. A Psiquiatria não atende crianças.	Psicologia: Individual Psiquiatria: Individual Terapia ocupacional: Individual Grupos terapêuticos: de mulheres, de homens, de pais, desmedicalização, de psicóticos, de familiares, oficina terapêutica com psicóticos, oficinas com clientela de retardo mental, grupo de jovens.	2 ESF Sereno
Policlínica Maria Cristina Roma Paumgarten Rua Joaquim Gomes s/nº, Ramos Direção: Roberta Sá Sub-direção: Sergio Varella Tel: 22709846 (direção), 2290 4112 (Ramal 219) Reunião de equipe: Última 6ª feira do mês, 10 às 12h e-mail: mpaugartten@rio.rj.gov.br	Adultos: Realizam-se dois grupos por mês: 3ª feira manhã e e 6ª feira manhã. Há 10 vagas por grupo. Crianças e adolescentes: Grupo 6ª feira de manhã, com 2 encontros.	Adulto, criança e adolescente: Na primeira 2ª feira do mês são agendadas as pessoas para a recepção em grupo no setor administrativo. Casos para psiquiatria previamente avaliados pelo CMS Américo Veloso vão direto para a agenda da psiquiatria. Adulto/criança e adolescente:	Ramos, Bonsucesso, Manguinhos, Alemão.	Crianças, adolescentes e adultos do seu território de abrangência da ap 3.1 para psicologia. A psiquiatria não atende público infanto-juvenil	Psicologia: Individual Psiquiatria: Individual Grupos terapêuticos	

Serviço	Recepção	Agendamento	Território de responsabilidade	Perfil da clientela	Modalidades de atendimento	Matriciamento
Centro Integrado Dr. Nagib Jorge Farah Praça Soldado Michel Cheib Jardim América Direção: Maria Fátima Maia Tel: 3372 2734 e-mail: psnjfarah@rio.rj.gov.br Reunião de equipe: 3ª ou 4ª feira toda semana	Adulto e criança e adolescente: 3ª feira grupo de recepção mensal, 13h. Realizados até 4 encontros de avaliação. 10 vagas.	Não há pré-marcação. A pessoa comparece no dia para participar. O dia do grupo é informado por cartaz na unidade. Se tem número excessivo de participantes, faz-se acolhimento prévio e seleciona-se quem tem maior indicação para participar do grupo. Toda 3ª feira às 11h, pacientes com demandas urgentes de medicação, são orientados a buscar o serviço neste horário e dia para avaliação. A unidade referencia, quando necessário, os casos para o PS José Breves dos Santos	Jardim América, Vigário Geral	Crianças adolescentes e adultos da ap 3.1 segundo território de responsabilidade.	Psicologia: crianças, adolescentes e adultos Grupos: de mulheres, de adultos, e de avaliação das demandas de medicação.	2 ESF de Vigário Geral 7 ESF Nagib Farah. Em fase de organização.
PS Dr. José Breves dos Santos R. Mar Grande, 10 Cidade Alta - Cordovil Direção: Lulia de Mesquita Barreto Tel: 2485 3640, 2485 4135 e-mail: psjsantos@rio.rj.gov.br Reunião de equipe: Não é realizada regularmente.	Grupos de adultos e crianças e adolescentes: Os grupo de recepção ocorrem na primeira 3ª feira do mês, às 08h30. 10 vagas por grupo.	Psicologia - adulto, crianças e adolescentes: não há agendamento prévio. Os interessados devem comparecer no dia do grupo para pegar número às 8h no administrativo. Psiquiatria - não atende crianças. Atende diretamente pacientes encaminhados para a psiquiatria pelo profissional do PS Nagib Farah.	Psicologia: Cordovil, Parada de Lucas, Brás de Pina. Psiquiatria: Cordovil, Parada de Lucas, além de Jardim América e Vigário Geral (oriundos da saúde mental do Nagib Farah).	Crianças adolescentes e adultos da ap 3.1 segundo território de responsabilidade.	Psicologia: Individual Psiquiatria: Individual adultos. Não atende público infanto-juvenil. Grupos: de mulheres, de homens, terapêutico	
Policlínica Newton Alves Cardoso Rua Combú, 191 Combú, Ilha do Governador Direção: Cristiano B. Ottoni Divisão clínica: Márcia Figueiredo Tel: 3363 0521, 3363 5145, 3396 8022, 3396 4950 e-mail: pamnacardoso@rio.rj.gov.br Reunião de equipe: Toda última 5ª feira do mês à 9h	Adultos: 8 vagas por mês. Grupo de recepção na última 4ª feira do mês. OBS: atende somente adultos.	Agendamento prévio na recepção.	Ilha do Governador, Maré, Vila do João.	Adultos da ap 3.1 segundo território de responsabilidade	Psicologia: atendimentos individuais Psiquiatria: atendimentos individuais Grupos terapêuticos	

Serviço	Recepção	Agendamento	Território de responsabilidade	Perfil da clientela	Modalidades de atendimento	Matriciamento
PS Madre Teresa de Calcutá Av. Ilha das Enxadas, 100 Bancários- Ilha do Governador Direção: Marcia Monteiro Tel: 3396 9595 (geral), 3975 4962, 3363 7035, 3367 5214 e-mail: psmtcalcuta@rio.rj.gov.br Reunião de equipe: toda 3ª feira, 08h30	Grupo de recepção 3ª feira às 10h para crianças, adolescentes e responsáveis. OBS: atende somente crianças e adolescentes.	Não tem agendamento prévio. Chegar na 3ª feira, quando são distribuídos os números para participar do grupo. Participam os responsáveis.	Ilha do Governador	Crianças e adolescentes da ap 3.1 segundo território de responsabilidade	Psicologia: atendimentos individuais Psiquiatria: atendimentos individuais Grupos de autistas, grupo de pais do acolhimento.	
CMS Necker Pinto Estrada Rio Jequié, 482, Ilha do Governador Direção: Luiz C. S. Moreno Tel: 3367 5199 (adm), 3367 5161, 3367 5171 e-mail: cmsnpinto@rio.rj.gov.br	Não tem saúde mental.	Não tem saúde mental.	Não tem saúde mental.	Não tem saúde mental.	Não tem saúde mental.	Não tem saúde mental.
Caps Ernesto Nazaré Rua Paranapuã, 435, Ilha do Governador Direção: Francisleuda Brugger Supervisão: Bianca Vivarelli Tel: 3367 5145 e.mail: capsnazareth@rio.rj.gov.br Reunião de equipe: 2ª feira de manhã	Acolhimento diário.	Sem prévio agendamento.	Ilha do Governador	Adultos com transtornos mentais graves e persistentes provenientes da Ilha do Governador.	Abordagem psicossocial. Atendimentos individuais e em grupo, projetos de geração de renda etc.	2 ESF Parque Royal

Serviço	Recepção	Agendamento	Território de responsabilidade	Perfil da clientela	Modalidades de atendimento	Matriciamento
Caps Fernando Diniz Rua Filomena Nunes, 299, Olaria Direção: Carla C. Paes Leme Supervisão: Maria Silvia Tel: 3867-1319 e-mail: capsfdiniz@rio.rj.gov.br Reunião de equipe: 2ª feira de tarde	Acolhimento diário.	Sem prévio agendamento.	Penha Circular, Cordovil, Cidade Alta, Parada de Lucas, Vigário Geral, Jardim América, Brás de Pina, Maré, Ramos, Olaria, Penha*** (trecho entre Av. Brasil e a linha férrea)	Adultos com transtornos mentais graves e persistentes provenientes da sua área de abrangência da ap 3.1.	Abordagem psicossocial. atendimentos individuais e em grupo, projetos de geração de renda etc.	Casos de transtorno mental grave: Leopoldina Norte: 2ESF Sereno, 2ESF Grotão, 2 ESF Marcílio Dias, 2ESF Vigário Geral, 7 ESF Nagib Farah. Leopoldina Sul: 5 PACS Maré, 16 ESF Maré.
Caps III João Ferreira Estrada do Itararé, 951 Direção: Patrícia Matos Tel provisório: 8464 0394 e-mail: caps3joaoferreira@gmail.com Reunião de equipe: 5ª feira de tarde	Acolhimento diário.	Sem prévio agendamento.	Complexo do Alemão, Bonsucesso, Manguinhos, Ramos, Olaria, Penha*** (trecho da R. Uranos, referência Sesc).	Adultos com transtornos mentais graves e persistentes provenientes da da sua área de abrangência da ap 3.1.	Abordagem psicossocial. atendimentos individuais e em grupo, projetos de geração de renda etc Acolhimento noturno para pacientes em crise que se tratam nesta unidade.	11 ESF Zilda Arns, 3 ESF Rodrigo Roig, 5ESF Alemão, 1 ESF Esperança, 13 ESF Manguinhos
Hosp. Mun. N. Senhora do Loreto Estrada do Caricó, 26, Galeão, Ilha do Governador Direção: Fátima Brandão Tel: 3393 2029 (direção), 3393 0062 e-mail: hmnsloreto@rio.rj.gov.br	A Saúde mental não está aberta para as demandas de saúde mental da rede.	A Saúde mental não está aberta para as demandas de saúde mental da rede.	Estado do Rio de Janeiro	Hospital de referência para tratamento de fenda lábio-palatal, de abrangência estadual.	Atende as solicitações das enfermarias. Acompanha crianças, adolescentes e familiares.	Não realiza.
Hosp.I Mun.I Paulino Werneck Estrada do Cacuia, 745 Ilha do Governador Direção: Olga A. Figueiredo Tel: 3396 0123, 3111 7708, 3111 7707 e-mail: hmpwerneck@rio.rj.gov.br	A Saúde mental não está aberta para as demandas de saúde mental da rede. (atualmente sem profissionais de saúde mental)	A Saúde mental não está aberta para as demandas de saúde mental da rede. (atualmente sem profissionais de saúde mental)	Ilha do Governador	Atendimento das demandas internas do hospital	Não tem ambulatório de follow up. A saúde mental participa do programa de acompanhamento domiciliar.	Não realiza.

Serviço	Recepção	Agendamento	Território de responsabilidade	Perfil da clientela	Modalidades de atendimento	Matriciamento
CMS Clementino Fraga	Quartas-feiras, 15 senhas, às 8h. Pegar a senha com o guarda da Unidade.	O agendamento para a psiquiatria é feito após avaliação dos psicólogos e agendado na documentação médica conforme a disponibilidade das vagas.	Vila Cosmos, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vista Alegre, Irajá, Colégio, Parque Columbia, Vilage e Vaz Lobo.	Crianças, adolescentes e adultos.	Atendimento individual e em grupo.	
PAM Alberto Borgheti	Segunda à sexta-feira, exceto terça-feira. São 30 números, dados pelo guarda da Unidade. Início da avaliação: 8h	O agendamento para o GR da psicologia é realizado após acolhimento diário realizado pelos psicólogos. Para a psiquiatria os números de primeira vez são distribuídos pela documentação médica.	Campinho, Quintino Bocaiúva, Cavalcanti, Engenheiro Leal, Cascadura, Madureira, Turiaçu, Rocha Miranda, Honório Gurgel, Bento Ribeiro, Oswaldo Cruz e parte de Marechal Hermes.	Adultos, crianças e adolescentes.	Atendimento individual e em grupo. Há um grupo de acompanhamento à pessoas usuárias de substâncias (álcool e outras drogas).	
Maternidade Herculano Pinheiro	Há uma primeira entrevista após o agendamento e só então o usuário é encaminhado ao GR.	O agendamento para a saúde mental é no 1º dia útil de cada mês.	Campinho, Quintino Bocaiúva, Cavalcanti, Engenheiro Leal, Cascadura, Madureira, Turiaçu, Rocha Miranda, Honório Gurgel, Bento Ribeiro, Oswaldo Cruz.	Adultos (mulheres em acompanhamento na maternidade), crianças e adolescentes.	Atendimento individual e em grupo.	
CAPS Rubens Corrêa	Acolhimento diário no período da manhã, exceto 4ª feiras.	Não há necessidade de agendar. O serviço atende livre demanda.	Vila Cosmos, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vista Alegre, Irajá, Colégio, Campinho, Quintino Bocaiúva, Cavalcanti, Engenheiro Leal, Cascadura, Madureira, Vaz Lobo, Turiaçu, Rocha Miranda, Honório Gurgel, Bento Ribeiro e Oswaldo Cruz	Adultos.	Atendimento individual, grupo, oficinas terapêuticas e VDs.	

Serviço	Recepção	Agendamento	Território de responsabilidade	Perfil da clientela	Modalidades de atendimento	Matriciamento
Policlínica Augusto Amaral Peixoto	Grupos de recepção às 2, 3 e 6 ^{as} , às 8:30, 10 pessoas a cada vez, no setor de saúde mental.	O agendamento para a psiquiatria é feito na documentação médica (agendamento de 1 ^a vez), os retornos são marcados pelo pp médico em sua agenda.	Parte de Marechal Hermes, Guadalupe, Anchieta, Parque Anchieta, Ricardo de Albuquerque, Coelho Neto, Acari, Barros Filho, Costa Barros e Pavuna.	Adultos, crianças e adolescentes.	Atendimento individual e em grupo.	
PS Nascimento Gurgel	Grupos de recepção 4 ^a feira às 13h 6 ^a feira às 13h	O agendamento é feito para a psicologia a partir da avaliação no GR. É necessário ir ao PS fazer a marcação para a avaliação no grupo de recepção.	Pavuna, Acari, Costa Barros, Barros Filho, Parque Columbia, Village, Coelho Neto e Anchieta.	Crianças, adolescentes e adultos.	Atendimento individual e em grupo.	
CAPS Linda Batista	O acolhimento é feito através do grupo de recepção à 2 ^a feira.		Marechal Hermes, Guadalupe, Anchieta, Parque Anchieta, Ricardo de Albuquerque, Coelho Neto, Acari, Barros Filho, Costa Barros, Parque Columbia, Village e Pavuna	Adultos	Atendimento individual, grupos, oficinas terapêuticas, VDs	
Hospital Francisco da Silva Teles	Atendimento 24h	Livre demanda			Urgência	
UPA Madureira	Atendimento 24h	Livre demanda			Urgência	
Hospital Estadual Carlos Chagas	Atendimento 24h	Livre demanda			Emergência	

9. APRENDENDO COM A REALIDADE DE ALGUNS CASOS

Cada experiência,

uma lição.

Depoimentos e histórias de alguns usuários de álcool e outras drogas.

“CLEBER”

Cleber tem 30 anos, mora em um conjunto habitacional com a família – esposa e um casal de filhos. Trabalha como cobrador de ônibus em uma empresa local.

Tem conseguido manter-se nesta profissão desde os 20 anos, quando “tomou vergonha na cara, largou a vadiagem e casou”. Na sua adolescência, pertenceu a uma “turma da pesada”, fez pequenos furtos e iniciou o uso drogas de todos os tipos, mas nunca foi pego. A partir desta mudança de vida, tem tentado se afastar e esquecer os velhos parceiros.

Dessa época só trouxe uma coisa: a cocaína. Usa de vez em quando (1 ou 2 vezes por semana), quase sempre cheirada (se bem que prefere o “baque” - injetável), mas isso é mais difícil, por causa da mulher. Quando usa, está sozinho e fora de casa, em algum banheiro público. Não quer que ninguém descubra. A mulher desconfia, cobra, mas ele diz que as marcas nos braços já são antigas e que, às vezes, dão coceira; por isso, parecem recentes. Ela finge que acredita e ele confirma que ela não entende nada disso.

Até hoje, revelou apenas a uma pessoa: um médico que consultou por causa de uma palpitação no coração que sentiu depois de uma “sessão de baque”. O médico recomendou muito que ele parasse, que se internasse para parar de usar cocaína, mas ele acha que, se está conseguindo se regular a ponto de continuar sua vida e seu trabalho por 10 anos, não há motivo para parar. O médico o encaminhou para fazer um exame anti-HIV, mas ele não acha que possa ter AIDS, pois está muito bem e resolveu não fazer.

Cléber busca cuidado, mas não aquele que o médico lhe oferece. Poder centrar o cuidado no usuário e, a partir do que ele classifica como problema, é uma direção de trabalho interessante para que outras escolhas sejam percebidas e outras demandas sejam trazidas.

“ALEMÃO”

Alemão tem 28 anos. Coursou até a 5ª série, mas sempre foi muito inteligente, aparentando ter muito mais estudo do que tem, por conta da sua boa comunicação.

Já trabalhou em escritório, foi dono de mercearia, sócio de uma gráfica, desenhou para uma agência de propaganda, foi artesão em uma cidade do litoral, enfim, exerceu muitas atividades.

Essas intensas variações de profissão, que geralmente aconteceram juntamente com as mudanças de cidade, ocorreram por conta do seu uso de drogas.

Aos 12 anos, começou a usar álcool, cigarro e maconha. Depois disso, experimentou comprimidos e cocaína (inalada e injetável) e o uso do crack começou aos 17 anos. Dessa idade em diante, tem oscilado entre períodos de abstinência total (quando tenta mudar de profissão, de cidade, recomeçando a vida) e momentos em que reinicia o uso, voltando a “queimar o seu filme”.

Casou e separou duas vezes. Na segunda vez, teve uma filha que nasceu muito doente e, a partir de exames realizados, foi detectado que ela era soropositiva para HIV. Como consequência dos exames, ele e a esposa descobriram que também estão com o vírus da AIDS. Um passou a culpar muito o outro, o que ocasionou muitas brigas. Diante desse quadro conflituoso, separaram-se após a morte da menina, com 10 meses de vida.

Atualmente, Alemão tem tido algumas manifestações da doença. Apesar da dificuldade em explicá-las na firma em que trabalha, como desenhista de interiores, ninguém sabe da sua real condição. Ele tem bebido e fumado crack todas as noites e, muitas vezes, vai para o serviço direto, o que já está criando uma situação complicada com o seu chefe, que, além de querer muito ajudá-lo, respeita a sua grande capacidade de trabalho.

Ganha bem, tem carro e contato com fornecedores de drogas, o que lhe garante uma turma constante para usá-las, além de uma companhia sexual sempre que desejar.

A dimensão do trabalho pode ser, algumas vezes, o “fio do novelo” à pessoa que usa drogas para dar linha ao desejo de se olhar, de escutar e de ser cuidado. Para Alemão, essa faceta de sua vida pode funcionar como uma proteção. De qualquer modo, é uma história interessante, que levanta a reflexão de que Alemão deixa uma pista para poder ser ajudado, já que poderia seguir usando sem deixar “rastros”. Cabe ao trabalhador de saúde puxar o fio com delicadeza, para não rompê-lo e também para que o usuário não se “enforque” com ele.

“SUELI”

Sueli tem 26 anos, é mãe de cinco filhos: dois do primeiro marido, uma sobrinha que pegou para criar e dois do marido atual.

Mora em uma casa de dois cômodos, sem água encanada e que atualmente está sem luz, porque brigou com a vizinha de quem puxava o “gato” para a sua casa. A situação de higiene da casa é muito precária, principalmente porque nos últimos tempos ela tem andado muito gripada, com uma tosse que não para, e a casa tem ficado por conta das crianças. Quando ela dorme, as crianças fogem para as casas dos amigos e largam tudo. Ela anda sem forças, até mesmo para brigar com elas.

Sueli é uma pessoa muito comunicativa, sorridente. Ela e o marido têm muitos amigos na comunidade. Todas as noites, circula um grande número de pessoas em sua casa, depois que as

crianças dormem. Eles emprestam a casa para que o pessoal possa usar drogas em troca de certa quantidade para o próprio uso. Ela já usou droga injetável, mas parou porque achou que “não se regulava” e hoje só bebe muito, cheira cocaína e fuma crack, “único prazer que lhe resta”.

O marido tem fumando crack (quando tem) e trabalha numa construção. O salário é pouco e, quando o recebe, nunca vai direto para casa, o que causa grandes brigas entre o casal. Das crianças, duas estão matriculadas na escola e as outras duas são bem pequenas ainda. A do meio não tem documentos, mas Sueli já providenciou, pois ela também perdeu os seus e isso “dá muita incomodação”.

A menor, com 9 meses, está muito magrinha e chora o dia todo, o que irrita muito Sueli. Sueli já tentou levá-la ao posto, mas “tomou um chá de banco” e desistiu, até porque “os outros também já foram magrinhos assim e hoje estão bem”.

A questão principal desta situação é a seguinte: apesar do que possa ser acionado em relação à situação das crianças, não se pode perder de vista, em hipótese alguma, a capacidade de Sueli de exercer a maternidade e a possibilidade do casal de se reorganizar nos cuidados da família. Usar drogas não faz dela uma mãe inapta, ainda que coloque alguns questionamentos recentes sobre suas escolhas. Isso pode ser retomado e os filhos estão colocados na história como foco de cuidado, agentes limitadores e organizadores da vida de sua família.

Existem aspectos psicossociais que podem ser trabalhados através da articulação intersetorial

(assistência social, saúde e educação, por exemplo). Mas deve-se estar atento para que o caso não seja tomado sob o ponto de vista prescritivo, com regras e mandatos pré-definidos, que, ao invés de organizar, aproximar e qualificar as relações, pode colocar-se como mais uma via de violência e produção de vulnerabilidade.

Num caso parecido com esse, o ACS poderia, se fosse possível, se aproximar de Sueli em sua casa e auxiliar para que sua filha seja atendida na unidade de saúde. Um atendimento de qualidade pode ser o começo de uma aproximação com essa família.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2.ed. rev. ampl.– Brasília:Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

CHARÃO, Ricardo Brasil. **Parecer técnico avaliativo a respeito da aplicação do conceito de Redução de Danos e implantação de ações de educação sobre álcool e outras drogas, conforme ciclos de vida**. Produto n 3, Termo de Cooperação Técnica entre a Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul e a UNESCO, 2009.

Conselho Regional de Psicologia – CRP: Mayer, R. **A contribuição do Centro de Referência em Redução de Danos: nossas palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. In: Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. De Boni, L.(org.) – 2010.

COSTA, I. I. A família e a constituição do sujeito na contemporaneidade. **Interfaces: Revista de Psicologia**, 2 (1), p. 73-80. jan/jul. Salvador, 1999.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/RS. **Guia de Redução de Danos para Trabalhadores da Saúde. Subsídios Para a Abordagem em Drogas e Aids**. Secretaria de Estado da Saúde/RS, p 8 – 10, 2001.

LANCETTI, A. Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec, 2006.

PUC-RIO. **A história do consumo de drogas e do tratamento dos usuários destas substâncias**. Disponível em: http://www2.dbd.pucrio.br/pergamum/tesesabertas/0310189_05_cap_03.pdf/ Acesso em: 4 de dez 2010.

RIO GRANDE DO SUL. **Guia comentado para a implantação da portaria 16\01**. Secretaria da Saúde do RS. Política de Atenção Integral à Saúde Mental, Financiamento da SENAD, 2001.

SEJU-SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA E DA CIDADANIA/PR. **Cartilha de Capacitação para Multiplicadores de Ações em Prevenção às Drogas**. Coordenadoria Estadual Antidrogas/PR. Conselho Estadual Antidrogas/PR. 2009

VINADÉ, T.F. **Redução de danos na atenção primária à saúde: construindo a potência do encontro**. IN.: MINOZZO, F.; FRANÇA, S.P. (Org.). A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede da Atenção Primária à Saúde: módulo 7. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas, p. 63 – 73, 2009.

Amélia Simão da Silveira (CF Maria do Socorro Silva de Souza)
Denise dos Santos de Jesus (PSF Vidigal)
Erica Melo Moreira de Araújo (PSF Rinaldo De Lamare)
Jaqueline de Assis Corrêa (PSF Santa Marta)
Jocimara André de Altino (PSF Chapéu Mangueira e Babilônia)
Leandro dos Santos Lourenço (CF Maria do Socorro Silva de Souza)
Maria Dolores M. M. da Cunha (PSF Santa Marta)
Sandra Helena da Rocha Marques (PSF Canoas)

Cesar Augusto de Paulo Maia (PSF Nova Holanda)
Claudia Souza da Silva (PSF Alemão)
Elane A. de Araujo (PSF 14 de Julho)
Heider Batista Custodio (CF Zilda Arns)
Lana Carla P. de Souza (PSG Rodrigo Roig)
Renata Martin Manssur (PSF Grotão)
Sandra Silveira (PSF Vigário Geral)
Suzana Oliveira da Silva (PSF Vila do João)

Cinzia Pereira da Silva (PSF Acari)
Claudia T. R. Lota (PSF Fazenda Botafogo)
Edyr Ramos Cezário (PSF Portus, Quitanda E Tom Jobim)
Eliton dos Santos Nunes (PSF Nascimento Gurgel)
Jane Rose Matins de Jesus (PSF Professor Carlos Cruz Lima)
Jucilia Marques do Nascimento (PSF Enfermeira Edma Valadão)
Kátia Regina Silva de Souza (PSF Alice Toledo Tibiriçá)
Oswaldo Luis Alves Ferreira (PSF Flávio Couto Vieira)
Rosane Nunes de Britto (PSF Sylvio Frederico Brauner)

AGRADECIMENTOS



DIMINUIR PARA SOMAR

Ajudar a reduzir danos é aumentar as possibilidades de cuidado aos usuários de drogas.

