

Redução de danos: uma experiência na atenção básica

Michelle de Almeida César¹, Maurício Abrantes Oliveira²

RESUMO: A proposição de uma política pública de saúde para os usuários de álcool e outras drogas ocorreu no Brasil, em 2003, influenciada pela experiência da reforma psiquiátrica e pelo Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS) a partir das estratégias de redução de danos. O objetivo deste trabalho é problematizar a atenção oferecida ao usuário de álcool e outras drogas a partir da perspectiva da redução de danos em um município de pequeno porte no interior de Minas Gerais. Como recurso metodológico foi utilizada a descrição de um caso, cotejando-o à literatura referente ao tema. Diante do caso, a proposta da equipe de saúde mental é posicionar-se e atuar dentro dos valores humanos e dos princípios da reforma psiquiátrica e redução de danos, com o intuito de possibilitar espaços de escuta a fim de traçar o caminho possível de acompanhamento a partir dos desejos e escolhas dos sujeitos envolvidos. Conclui-se que a atenção ao usuário de álcool e outras drogas deve se dar a partir de uma rede de cuidados, tendo a redução de danos como estratégia e paradigma orientador para a compreensão do fenômeno do consumo de drogas nas sociedades.

Palavras-chave: redução de danos; atenção básica; cuidado; rede.

Harm reduction: an experience in primary care

ABSTRACT: The proposition of a public health policy for users of alcohol and other drugs occurred in Brazil, in 2003, influenced by the experience of Psychiatric Reform and the STD / AIDS program from the Harm Reduction strategies. The objective of this work is to discuss the care provided to the user of alcohol and other drugs from the perspective of harm reduction in a small city in Minas Gerais. As a methodological resource was used the

¹Psicóloga; Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ); Graduada em Psicologia pela UFSJ.

Endereço para correspondência: Rua Marquês de Pombal, 1/201 – São Sebastião, Conselheiro Lafaiete, MG. CEP: 36400-000. E-mail: miacezar@hotmail.com

²Psicólogo; Graduado na Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ).

Endereço para correspondência: Rua Dr. Campolina, 309 – São Sebastião, Conselheiro Lafaiete, MG. CEP: 36400-000. E-mail: mauriciopsi@yahoo.com.br

Artigo recebido em: 15/08/2016. Aprovado para publicação em: 01/02/2017.

description of a case, comparing it to the relevant literature. Before the case, the proposal of the mental health team is to position yourself and act within the human values and the principles of psychiatric reform and harm reduction, in order to enable listening spaces to trace the possible path to follow from the wishes and choices of the subjects involved. In conclusion, attention to user of alcohol and other drugs should be given from a network of care, and harm reduction as a strategy and guiding paradigm for understanding the phenomenon of drug use in societies.

Keywords: harm reduction; primary care; care; network.

Reducción de daños: una experiencia en la atención primaria

RESUMEN: La propuesta de una política de salud pública para los usuarios del alcohol y otras drogas ocurrió en Brasil en 2003, influenciada por la experiencia de la Reforma Psiquiátrica y el Programa ETS/SIDA a partir de las estrategias de reducción de daños. El objetivo de este trabajo es discutir la atención proporcionada al usuario de alcohol y otras drogas desde la perspectiva de la reducción de daños en una pequeña ciudad al interior de Minas Gerais. Como recurso metodológico se utilizó la descripción de un caso, comparándolo con la bibliografía pertinente. Ante el caso, la propuesta del equipo de salud mental es posicionarse y actuar dentro de los valores humanos y los principios de la reforma psiquiátrica y la reducción de daños, con el fin de posibilitar espacios de escucha para rastrear el posible camino a seguir a partir de los deseos y las elecciones de los sujetos implicados. En conclusión, la atención al usuario de alcohol y otras drogas debe darse a partir de una red de atención, y la reducción de daños como una estrategia y un paradigma de orientación para la comprensión del fenómeno del consumo de drogas en las sociedades.

Palabras clave: reducción del daño; atención primaria; cuidado; red.

1 INTRODUÇÃO

A proposição de uma política pública de saúde para os usuários de álcool e outras drogas se deu no Brasil, em 2003, fortemente influenciada pela experiência da reforma psiquiátrica, apontando para a constituição de uma rede de serviços abertos e territorializados, e pelo Programa de DST/AIDS a partir das estratégias de redução de danos (MACHADO, 2011).

O movimento da reforma psiquiátrica se constituiu como um processo gerador de importantes transformações sociais, implicando uma nova perspectiva ética, teórica e política para a compreensão da loucura. A luta pela transformação

do modelo assistencial asilar e defesa dos direitos dos usuários de serviços de saúde mental possibilitou a consolidação de políticas públicas voltadas para o modelo de atenção psicossocial de base comunitária, diminuindo o número de leitos em hospitais psiquiátricos e aumentando o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de residências terapêuticas e de outros dispositivos ou estratégias de reinserção social para egressos de hospitais psiquiátricos (ASSIS et al., 2013).

O texto da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, marco legal da reforma psiquiátrica, ratificou as diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), para garantir aos usuários de serviços de saúde mental a universalidade de acesso e direito à integralidade da assistência, valorizar a descentralização do modelo de atendimento, permitir a configuração de redes de assistência atentas às desigualdades existentes na tentativa de ajustar, de forma equânime e democrática, as suas ações às necessidades da população (BRASIL, 2003).

Hoje, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) conta com uma diversidade de componentes cuja finalidade é garantir a integralidade da assistência às pessoas em sofrimento psíquico, bem como àquelas com demandas decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011). Contudo, os avanços são recentes e possuem particularidades nas diversas localidades do território brasileiro. Tais diferenças se acentuam ao compararmos o caminhar da reforma psiquiátrica no campo de drogas com o campo da loucura propriamente dita e, se distanciam ainda mais no que diz respeito à questão da defesa de direitos dos usuários de drogas (ASSIS et al., 2013).

Ainda que o fenômeno do uso de drogas tenha sido objeto das intervenções governamentais durante o século XX, o Ministério da Saúde incorporou a demanda relacionada aos problemas decorrentes do uso do álcool e outras drogas na política de saúde mental apenas em 2003, preconizando a estratégia de redução de danos (RD) para abordagem do tema (BRASIL, 2003). Essa estratégia tem como objetivo reduzir os danos e os riscos relacionados ao uso de drogas. Pautada no protagonismo do usuário, sem exigência de abstinência, ela se volta para a reinserção dos usuários em seus núcleos sociais com fins de melhorar sua qualidade de vida (ALVES, 2009).

Nesse sentido, busca-se, neste trabalho, problematizar a atenção oferecida ao usuário de álcool e outras drogas a partir da perspectiva da RD em um município de pequeno porte no interior de Minas Gerais. Como recurso metodológico utilizaremos a descrição de um caso, cotejando-o à literatura referente ao tema.

2 REDUÇÃO DE DANOS E ATENÇÃO BÁSICA

Nas últimas décadas, o conceito da redução de danos e suas estratégias geraram intensas discussões entre seus defensores e opositores. No entanto, é comum o desconhecimento de que essas estratégias estão presentes no cotidiano de todos como, por exemplo, o uso do cinto de segurança, a aplicação de barreiras protetoras nas estradas e de zonas de impacto na frente dos automóveis que reduzem as chances de ferimentos no caso de um acidente. Assim, as pessoas não deixam de dirigir, mas a probabilidade de danos é reduzida por meio destas medidas (STRONACH, 2004 *apud* FORTESKI; FARIA, 2013).

A questão do uso abusivo de álcool e outras drogas é marcada, historicamente, por uma abordagem predominantemente psiquiátrica ou médica, desconsiderando-se as implicações psicológicas, sociais, econômicas, políticas e culturais na compreensão do fenômeno. Como consequência desta maneira fragmentada de abordar a questão, o uso vem sendo associado à criminalidade e práticas antissociais e à oferta de tratamentos inspirados em modelos de exclusão/afastamento dos usuários do convívio social, cujo principal objetivo é a abstinência. Dessa forma, a percepção distorcida da realidade do uso de álcool e outras drogas contribui para a disseminação de uma cultura de combate à droga, deixando o sujeito/usuário em segundo plano (BRASIL, 2003).

Como apontam Assis et al. (2013, p. 588)

assistimos no cenário social do cuidado para pessoas com problemas de abuso de drogas, a retomada da defesa de práticas e concepções semelhantes às usadas na perspectiva asilar, sob a justificativa de que usuários de drogas não têm condições de lidar, em liberdade, com os problemas decorrentes de seu uso. Em tese esses usuários estariam subjugados ao poder das drogas, seriam “fracos”, necessitados de contenção e tutela. Em razão disso, justificar-se-ia interná-los, ainda que contra a sua vontade, antes de tentar quaisquer outras abordagens, descaracterizando os princípios do cuidado em saúde mental (...).

O fenômeno do uso de drogas não se reduz a uma relação linear de causa-efeito, mas se insere numa perspectiva complexa envolvendo a interação de diversas variáveis. Schneider e Lima (2011) apontam quatro concepções sobre a atenção ao uso problemático de drogas e seus desdobramentos e implicações. A concepção jurídica-moral considera a droga um mal a ser combatido, já que tem poderes de corromper o indivíduo afastando-o do “bem”. Envolve a crença em uma sociedade livre de drogas apoiando-se em práticas de controle e repressão

do uso, bem como na defesa de propostas terapêuticas de cunho religioso focadas na abstinência. A concepção biomédica compreende o uso de drogas como uma doença e apoia-se em tratamentos voltados para a internação e a farmacologia. Também almeja uma sociedade livre de drogas e aponta a necessidade de abstinência. Já as concepções psicossocial e sociocultural incluem na discussão sobre o uso de drogas as variáveis relacionadas ao meio social e cultural do indivíduo, bem como sua dinâmica e aspectos psicológicos. Esta perspectiva vai ao encontro da lógica de redução de danos, estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde para o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas.

O uso de estratégias de redução de danos se iniciou na América, na década de 1980, como tentativa de frear a alta taxa de infecção por HIV. A implantação da estratégia atendia a uma necessidade de ação concreta e imediata diante do fenômeno, efetivando-se pela distribuição gratuita de preservativos e a troca direta de seringas, já que entre os grupos mais vulneráveis ao contágio estavam os usuários de drogas injetáveis (CRUZ, 2006). No Brasil, o início da aplicação da RD em saúde pública ocorreu em Santos, São Paulo. O movimento sanitário desenvolveu na cidade, juntamente à comunidade e a partir de demandas advindas de um grupo marginalizado de homossexuais, um trabalho de organização de estratégias de RD que, aos poucos, estabeleceu condições mais cidadãs de convivência, formando a base para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS (SAMPAIO; FREITAS, 2010).

Silveira (2008) aponta que a epidemia de AIDS possibilitou uma mudança de concepções, uma vez que os discursos apoiados em grupos de riscos já não correspondiam à realidade que demandava ações pragmáticas e urgentes. Passaram-se, então, a considerar as intervenções nos comportamentos de riscos e nas atitudes de vulnerabilidade dos usuários por meio do trabalho nas ruas com ações educativas e buscando o estabelecimento de vínculos de confiança com os usuários, a difusão de estratégias de prevenção e o acesso aos serviços de saúde. Pelo protagonismo do Programa DST/AIDS, progressivamente, a RD deixou de ser uma estratégia voltada para os usuários de drogas injetáveis e foi ampliada a outras populações: presidiários, moradores de rua, profissionais do sexo, usuários de crack e anabolizantes (ANDRADE, 2011).

Como aponta Cruz (2006), as estratégias de prevenção em RD envolvem, além da troca de seringas, a realização de exames clínicos para doenças transmissíveis por via venosa ou sexual, o tratamento para doenças clínicas e o trabalho educativo com material apropriado. Incluídas nesse conjunto estão, também, as terapias de substituição, que propõem a troca da substância que o indivíduo faz uso

problemático por outra que ofereça menor risco e dano. São exemplos de terapia de substituição: a troca de heroína pela metadona e a introdução de benzodiazepínicos no tratamento do uso abusivo de álcool. Desde então, estudos apontam a queda na prevalência de soropositividade para HIV, hepatite B e C, diminuição da frequência do uso injetável de drogas e compartilhamento de seringa, bem como o aumento do uso de preservativos. No que diz respeito à assistência/tratamento, a lógica de RD implica a adoção, por parte de instituições e profissionais, de técnicas e posturas que viabilizem as melhores opções possíveis para cada usuário sem exigir abstinência, já que, em muitos casos, ele não consegue ou não pretende interromper o uso. O autor salienta que não se trata de desconsiderar a relevância da abstinência para o tratamento de muitos usuários, mas sim de entendê-la como uma possibilidade entre as várias existentes.

A adoção da estratégia de RD diz respeito a uma política que compreende o desafio de prevenir, tratar e reabilitar o usuário de drogas como um problema de saúde pública, possibilitando um olhar que fuja à repressão e ao controle e volte-se para a melhoria das condições sanitárias dos usuários. Assim, compreende-se que a prática médico-sanitária de prevenção ao HIV/AIDS, muitas vezes reduzida à troca de seringas, evoluiu para a concepção atual de uma política de saúde voltada para o protagonismo e a emancipação do usuário como conhecedor de si mesmo e de seu território (FORTESKI; FARIA, 2013).

Portanto, a política de RD é o princípio norteador das práticas e cuidados nos diversos dispositivos da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Nesta rede, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) desempenham a função estratégica de organizar e articular os dispositivos de cuidado em busca da atenção integral (BRASIL, 2011) e da inclusão social dos usuários e seus familiares, afirmando o compromisso da RD com a preservação e a promoção dos direitos e cidadania. Apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental, pois a RAPS é composta por diversos serviços que se configuram em diferentes pontos de atenção. A atenção básica conta, principalmente, com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); os CAPS, em suas diferentes modalidades, configuram a atenção psicossocial estratégica; a urgência e emergência conta com o SAMU 192, sala de estabilização, UPA 24 horas e hospitais de pronto-socorro; a atenção hospitalar é composta por enfermaria especializada em hospital geral e Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para atenção às pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, pela lógica de organização do Ministério da Saúde, não há previsão de CAPS nos municípios de pequeno porte e eles devem estruturar sua rede de cuidados a partir da atenção básica. A atenção básica caracteriza-se

por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2007, p. 12).

A previsão de ações de saúde mental na atenção básica se deu pela Portaria nº 224 de 1992, a qual, resgatando os princípios do SUS, definiu normas para a atenção em saúde mental tanto em nível ambulatorial quanto em nível hospitalar. Na atenção básica, os cuidados se efetivam pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e podem ocorrer nas UBS, como responsabilidade de uma equipe multiprofissional, composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo, assistente social) ou não (médico generalista, enfermeira, auxiliares, outros agentes de saúde) (BRASIL, 2007). As diretrizes do caderno de atenção básica apontam que as práticas em saúde mental, na atenção básica, podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde e devem estar voltadas para o cuidado a partir do entendimento do território e do vínculo da equipe de saúde com os usuários.

Mesmo os profissionais especialistas em saúde mental elaboram suas intervenções a partir das vivências nos territórios. Ou seja, o cuidado em saúde mental não é algo de outro mundo ou para além do trabalho cotidiano na atenção básica. Pelo contrário, as intervenções são concebidas na realidade do dia a dia do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades (BRASIL, 2013, p. 22).

Nesse sentido, as intervenções em saúde mental devem promover possibilidades de “modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças” (BRASIL, 2013, p. 23). Para tanto, se faz necessário compreender o sujeito em suas múltiplas dimensões, seus desejos, anseios, valores e escolhas, construindo as intervenções no cotidiano juntamente ao usuário.

Conforme dados internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população necessita de cuidados contínuos para transtornos mentais severos e persistentes e mais 9% demandam atendimento eventual para transtornos menos graves. No que diz respeito a transtornos decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas, a necessidade de atendimento regular é de 6 a 8% da população, embora existam estimativas ainda mais elevadas (BRASIL, 2003). Quanto ao álcool, especificamente, dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar de 2011 indicam a prevalência de 71,4% para experimentação e 27,3% para consumo regular entre adolescentes do nono ano do ensino fundamental das escolas públicas. Pesquisas indicaram que adolescentes que consumiram álcool antes dos 12 anos de idade, em comparação àqueles que não o fizeram, tornaram-se maiores consumidores problemáticos. A faixa etária de início do uso não deve ser interpretada como fator causal, contudo deve-se considerar que os diferentes ciclos de vida implicam diferentes ações de prevenção tendo em vista que estas devem levar em conta aspectos biológicos, sociais, individuais e ambientais. Nesse sentido, saber a idade em que os jovens estão iniciando o uso de álcool e outras drogas contribui na definição de ações mais adequadas ampliando a proteção e o cuidado (BRASIL, 2015).

Cotidianamente, as equipes de atenção básica se deparam com problemas de saúde mental e, por sua proximidade com famílias e comunidades, tornam-se um recurso estratégico para o enfrentamento de questões que envolvam o uso problemático de álcool e outras drogas.

Para abordar a questão, a Política Nacional de Atenção Básica inclui a redução de danos entre o conjunto de ações que caracteriza a atenção integral à saúde. Assim sendo, atuar na perspectiva da RD na atenção básica “pressupõe a utilização de tecnologias relacionais centradas no acolhimento empático, no vínculo e na confiança como dispositivos favorecedores da adesão da pessoa” (BRASIL, 2013, p. 58).

Como apontado acima, as estratégias de RD se fundamentam na valorização do desejo e das possibilidades dos sujeitos que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, apostando sempre no diálogo e negociação. Ao considerar os desejos e possibilidades do sujeito, a RD caracteriza-se como uma abordagem em saúde menos normalizadora e prescritiva, já que não se dita ou impõe regras baseadas em uma suposta autoridade profissional (BRASIL, 2013).

São várias as possibilidades de ações de RD com usuários de álcool e outras drogas na RAPS, mesmo nos casos em que a situação parece complexa e sem muitas alternativas. Sabe-se que os usuários, geralmente, não procuram as unidades de saúde espontaneamente. É comum que seus familiares procurem ajuda ou

que sejam encaminhados por outros serviços ou instituições. Sendo assim, visitas domiciliares e agendamentos de consultas para avaliação clínica são maneiras de aproximar-se destes usuários sem, necessariamente, abordar seu problema com drogas. A criação do vínculo deve ser a meta inicial e a construção de uma proposta de RD deve partir dos problemas percebidos pelo próprio sujeito ajudando-o a ampliar a avaliação de sua situação. No caso dos problemas com álcool, por exemplo, alguns cuidados podem ser trabalhados: não beber e dirigir; alternar o consumo de bebida alcoólica com alimentos e bebidas não alcoólicas; se alimentar antes de beber; beber bastante água; optar por bebidas fermentadas às destiladas, entre outras (BRASIL, 2013).

Outro ponto essencial do cuidado com usuários de álcool e outras drogas é a necessidade de trabalhar o estigma que a população, os trabalhadores de saúde e os próprios usuários têm sobre esta condição a fim de superar as barreiras que agravam a vulnerabilidade e marginalidade, dificultando a busca por tratamento. Por isso, lidar com os próprios preconceitos é fundamental para cuidar dessas pessoas já que a clandestinidade associada ao uso de drogas ilícitas gera medo e dificulta a busca por ajuda (BRASIL, 2013).

Entende-se que apesar dos relatos do uso milenar de drogas, a mudança do contexto de uso tem trazido grandes desafios para a sociedade moderna. Acrescenta-se a isso aspectos geopolíticos, econômicos, culturais e ideológicos que são base para interpretações do que a sociedade pensa e julga sobre o comportamento de uso de drogas. O estigma interfere diretamente no cuidado dos usuários de álcool e outras drogas e faz com que estes sejam vistos como perigosos, violentos e únicos responsáveis pela sua condição (RONZANI et al., 2015).

O estigma é uma construção social que representa uma marca a qual atribui ao seu portador um *status* desvalorizado em relação aos outros membros da sociedade. Ocorre na medida em que os indivíduos são identificados com base em alguma característica indesejável que possuem e, a partir disso, são discriminados e desvalorizados pela sociedade. Esse tipo de estigma é chamado de *estigma social* ou *público* (RONZANI et al., 2015, p. 7, grifo dos autores).

O processo de estigmatização gera uma série de consequências para os usuários como: a perda da autoestima, a restrição das interações sociais e perspectivas limitadas de recuperação. Além disso, as informações equivocadas transmitidas pela mídia e a falta de conhecimento sobre a questão contribuem para que os usuários de drogas sejam temidos e vistos como incapazes de se recuperar. Assim, sofrem com a desconfiança, preconceito e discriminação e evitam procurar

ajuda para tratamento, o que agrava os problemas de saúde. Quanto ao tratamento, é importante salientar que a adesão é baixa, se caracterizando por idas e vindas aos serviços de saúde em função, muitas vezes, de uma intervenção desumanizada e discriminatória (RONZANI et al., 2015).

Dessa forma, considerando-se os grandes desafios colocados para o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas na RAPS o relato abaixo tem como objetivo apresentar uma experiência de cuidado apoiada na estratégia de RD, em um município de pequeno porte no interior de Minas Gerais.

3 RELATO DE CASO: O ESTABELECIMENTO DE VÍNCULO E AS POSSIBILIDADES DE CUIDADO

M. possui 25 anos e é a terceira filha de seis irmãos que cresceram em extrema pobreza. A mãe sofrida não só pelas condições de vulnerabilidade, mas pela deficiência auditiva. O pai tinha crises com desmaios e quedas algumas vezes ao dia. Fazia uso problemático de álcool e era agressivo, faleceu em decorrência de uma queda, alcoolizado. O irmão mais velho faz uso de álcool e a irmã mais nova passou por muitas dificuldades, com inúmeras intervenções de serviços preocupados com sua maturação sexual e riscos, enquanto menor e incapaz, devido à expansão industrial na região. Hoje, ela frequenta a APAE e é um dos principais apoios da família. Além de todas as dificuldades, a família morava a alguns metros da estrada, aumentando os riscos e a exposição.

M. vive com um companheiro há alguns anos. Parou de estudar na oitava série quando engravidou do primeiro filho. Diz que tinha boas notas e as pessoas relatam que ela andava bem arrumada. Dizem que nesta época o namorado, hoje companheiro, era usuário de álcool e outras drogas. O filho nasceu prematuro e a família, inicialmente, foi morar na casa da avó paterna que ajudava a cuidar do neném em uma região periférica da cidade. A criança foi diagnosticada com epilepsia generalizada (Síndrome de West) e atraso no desenvolvimento. Segundo M., foi aí que começou a aumentar as doses de álcool, porque era tudo muito mais difícil. Os serviços de saúde e assistência social a visitavam, tentavam ajudar, inscreveram o filho na APAE, faziam visitas domiciliares. O pai raramente estava em casa, pois ia para o trabalho e M. era quase sempre arredia, deixava o filho faltar constantemente e ele foi desligado do serviço.

A família tinha se mudado para uma casinha, quase um quartinho, perto da casa da mãe do companheiro. M. invariavelmente ficava receosa com as intervenções dos profissionais. A casa sempre muito bagunçada. Ficou grávida novamente.

A ausência de adesão do casal às propostas dos serviços permanecia e o acompanhamento da família pela equipe de saúde se dava pela necessidade de cuidado do filho mais velho, porém, muitas vezes, o casal se recusava a receber os profissionais. Com o tempo a equipe identificou que o uso problemático de álcool dificultava o cuidado dos filhos. A situação se agravou até ser determinada a institucionalização do filho mais velho, o que foi motivo de muita preocupação com as crianças por parte de muitos e com os pais por parte de alguns.

Foram articuladas reuniões intersetoriais com os profissionais que acompanhavam o caso. No primeiro encontro, os profissionais atribuíram aos psicólogos a responsabilidade pela abstinência de M., deixando claro o entendimento de que a vulnerabilidade decorria do uso de álcool. Os psicólogos apontaram a necessidade do vínculo como o primeiro passo para um possível tratamento e salientaram a importância de, também, cuidar do companheiro de M. A partir de então, foram mantidas as visitas domiciliares, já que o casal não comparecia aos atendimentos na unidade de saúde.

À família foi fornecido um aluguel social, pois estavam em risco onde moravam. Foram para o centro da cidade, onde passaram à evidência pública. Multiplicaram-se então as denúncias, as brigas do casal, o uso abusivo de álcool, a negligência com o filho que estava sob seus cuidados.

Reuniões e mais reuniões, a justiça foi cada vez mais acionada. As intervenções de alguns serviços tornaram-se policiais: verificavam se a criança ia à creche, visitavam a família a fim de observar as condições de higiene da casa, se havia comida e bebida alcoólica. Abordavam M. na rua questionando-a sobre os cuidados com o filho. O casal continuava não aderindo às propostas terapêuticas e de proteção apresentadas, embora já acolhesse com menores restrições alguns profissionais.

O companheiro de M. perdeu o emprego após diversas advertências sobre suas faltas e hálito etílico no trabalho e M. começou a sofrer inúmeras quedas, sendo algumas vezes carregada, embriagada. Neste momento, com o receio do casal de perder a guarda temporária do segundo filho, a falta de emprego e após uma constante aproximação de inúmeros atores, conseguiu-se levá-los ao CAPSad. Sem crítica sobre a situação, o casal começa, pouco a pouco, a reconhecer o uso problemático de álcool, quando em um espaço em que não se sentem em julgamento e após a aproximação da ESF e da equipe de Saúde Mental do município.

Inicialmente propõem-se o tratamento em CAPSad para o companheiro de M., considerando que ela já estava respondendo ao tratamento no município. O acompanhamento de M. se manteve por meio de visita domiciliar. Apresenta pouca crítica com relação aos cuidados com o filho, não compreende os motivos pelos quais poderia perder sua guarda. Sente-se pressionada por alguns serviços e

profissionais e continua inconstante nos tratamentos propostos. Passou a fazer o acompanhamento no CAPSAd, junto ao companheiro.

O casal alterna em atribuir a culpabilidade da situação a diversos atores, continuam as ocorrências, com a polícia sendo constantemente acionada. Os serviços de proteção à criança mantêm-se ativos e ainda pontuam que sua preocupação é com as crianças, dando a entender que os pais precisam se adequar independente do que lhes faz agir assim. As profissionais da proteção especial apresentam suas angústias quanto ao caso, pois a leitura do cuidado é sobre a família. E a sociedade já faz o julgamento dos pais.

A equipe de saúde mental procura se posicionar e atuar dentro dos valores humanos e dos princípios da reforma psiquiátrica e redução de danos. No momento, o casal mora em um apartamento próprio, doado pela prefeitura. Acolhe melhor os atores dos serviços de promoção e proteção, mas ainda não se conseguiu adequar um projeto terapêutico singular para ambos. Perderam a guarda provisória também do segundo filho. O companheiro de M. tem faltado ao CAPSAd e ao serviço que conseguiu condicionado à sua adesão ao tratamento, assim como já apresenta os primeiros sinais de comprometimentos clínicos devido ao uso problemático de álcool. Como o contato com M. tem se dado por meio de visitas domiciliares, foram poucas as oportunidades de conversas individuais, pois o companheiro está sempre presente. Ela está resistente a frequentar o CAPSAd sem a presença do marido e a equipe chegou a cogitar internação psiquiátrica devido ao agravamento do quadro, mas a proposta não se efetivou. Dessa forma, a equipe de saúde mental da atenção básica do município manterá o contato com o intuito de possibilitar espaços de escuta a fim de traçar o caminho possível de acompanhamento a partir dos desejos e escolhas do casal.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a problemática das drogas envolve aspectos de diversas dimensões, mas é comumente trabalhada de maneira fragmentada e reducionista, principalmente, pela corrente proibicionista que fundamenta a “guerra às drogas”, e tende a compreender a droga como um grande mal a ser combatido. Essa concepção é frequentemente legitimada pela mídia, que trata a temática com alarmismo e sensacionalismo e fortalece o imaginário de insegurança social, associando o uso de droga à violência ou criminalidade. Assim, tal perspectiva contribui para a estigmatização do usuário, dificultando seu acesso aos serviços e ao tratamento. Curioso salientar que a mesma perspectiva proibicionista ignora os perigos oriundos, também, do consumo abusivo de drogas lícitas, como o álcool e alguns medicamentos, levando a crer que a questão é compreendida a partir de um viés moral, que condena a ilegalidade do uso e faz do usuário um criminoso.

Entende-se que o Ministério da Saúde, ao propor uma política de saúde específica para o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, comprometeu-se a enfrentar o problema a partir de uma perspectiva mais inclusiva e realista. Definiu a reforma psiquiátrica e os princípios e orientações do SUS como marco teórico-político de sua proposta que segue uma lógica ampliada de redução de danos, a desconstrução da concepção de que todo usuário de drogas é doente e requer internação/prisão e a mobilização da sociedade civil para práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras. Assim, rompeu com abordagens reducionistas ao considerar a presença das drogas nas sociedades contemporâneas como um fenômeno complexo que não pode ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas, nem tampouco de ações exclusivas da saúde pública (MACHADO, 2007).

Com a constituição da RAPS e a busca pela garantia da integralidade do cuidado, saúde mental e atenção básica tornam-se campos que convergem a um objeto comum, buscando a superação das limitações da compreensão dualista do homem a partir da construção de um modelo de compreensão dinâmico e complexo que se oriente para a produção de saúde por meio de novas práticas. As ações de saúde mental na atenção básica devem buscar o estabelecimento de vínculos e acolhimento necessitando ser fundamentadas nos princípios do SUS e da reforma psiquiátrica, considerando a noção de território, o cuidado em rede, a intersetorialidade, a reabilitação psicossocial, a interdisciplinaridade, a desinstitucionalização, a promoção de cidadania e a construção da autonomia possível dos usuários e familiares (BRASIL, 2003).

Seguindo este caminho, a RD, assumida como estratégia de cuidado e paradigma orientador para a compreensão do fenômeno do consumo de drogas nas sociedades, permite desvelar a complexidade e pluralidade da questão sem culpabilizar e segregar os usuários e estabelece diretrizes pragmáticas e abrangentes que o compreendem como ser histórico, social, que possui direitos, desejos e escolhas.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Caderno de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009. DOI: 10.1590/S0102-311X2009001100002.

ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011001300015.

ASSIS, J. T. de; BARREIROS, G. B.; CONCEIÇÃO, M. I. G. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. *Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 584-596, 2013. DOI: 10.1590/S1415-47142013000400007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria%20do%20Ministerio%20da%20Saude%20GM%20N%203088%202011%202702.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/Aids. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica, n. 34*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CRUZ, M. S. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In: CIRINO, O.; MEDEIROS, R. (orgs.). *Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 13-24.

FORTESKI, R.; FARIA, J. G. Estratégias de redução de danos: um exercício de equidade e cidadania na atenção a usuários de drogas. *Revista de Saúde Pública*, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 78-91, 2013.

MACHADO, A. R. Políticas públicas para o uso prejudicial de álcool e outras drogas: avanços e retrocessos. In: SEMINÁRIO “O uso prejudicial de drogas: a lógica de cuidado no SUS.” *Anais...* Belo Horizonte, 2011. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 15 dez. 2011.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, 2007. DOI: 10.1590/S0104-59702007000300007.

RONZANI, T. M.; NOTO A. R.; SILVEIRA, P. S. *Reduzindo o estigma entre usuários de drogas*: guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: UFJF, 2015. p. 24.

SAMPAIO, C.; FREITAS, D. S. *Redução de danos e SUS*: enlaces, contribuições e interfaces. 2010. Disponível em: <<http://www.comunidadessegura.org.br/files/Redu%C3%A7%C3%A3o%20de%20Danos%20e%20SUS.pdf>> Acesso em: 15 ago. 2016.

SCHNEIDER, D. R.; LIMA, D. S. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. *Psico*, Porto Alegre, v. 42, n. 2, p. 168-178, 2011.

SILVEIRA, D. X. Reflexões sobre a prevenção do uso indevido de drogas. In: SILVEIRA, D. X.; NIEL, M. (orgs.). *Drogas e redução de danos*: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo: Ministério da Saúde, 2008.