

Atenção a familiares de usuários de álcool e outras drogas para profissionais da Atenção Básica

Paula Marcantonio Scaim
Ana Paula Fonini Araújo

Apresentação

Esta webconferência tem como objetivo discutir as possibilidades de trabalho com familiares de usuários de álcool e outras drogas na Atenção Básica. Trabalho pensado a partir das possíveis demandas familiares recebidas por estes profissionais e sustentado pelas diretrizes das Reformas Psiquiátrica e Sanitária.

Clínica com usuários de drogas

Na **clínica do fenômeno do consumo abusivo** de drogas tem lugar um fato que só encontra semelhança na **clínica com crianças**: demanda ou pedido de ajuda se manifesta, não a partir do usuário, mas de um outro, que se apresenta como familiar.

Família

- A família, aqui entendida enquanto estrutura subjetivada, simbólica, integrante da vida do sujeito, e, nessa medida, circunscrita nas possíveis intervenções;
- A família também não se restringe a laços de sangue, mas relações de afeto que identificam os sujeitos desde os tempos mais remotos de sua vida.

Mudanças nas configurações familiares

- Redução no tamanho das famílias (menos pessoas disponíveis para cuidar);
- Famílias monoparentais (única cuidadora, famílias mais empobrecidas);
- Perda da autoridade parental;
- Empobrecimento destas famílias por diferentes razões.

Mudanças nas configurações familiares

- Crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho;
- A maior parte das pessoas que busca ajuda são mulheres. Mesmo com as modificações da sua posição na sociedade atual, o trabalho doméstico e o de cuidar do outro tem persistido como algo feminino;
- Sobrecarga e sofrimento das mulheres ;
- Envelhecimento do responsável financeiro (avós).

Demandas Comuns

“Não sei o que fazer com ele...”

“Vocês precisam fazer alguma coisa com ele!”

*“Vocês precisam interná-lo se não
ele não vai conseguir!”*

O que pensar destas demandas?

- As famílias estão em sofrimento;
- Toda demanda deve ser acolhida, o que não significa atendida;
- É necessário acolher e por em trabalho estas demandas; trabalho de mediação.

O que pensar destas demandas?

- A sociedade culpabiliza as famílias (principalmente nas questões de saúde mental);
- O problema é visto como inteiramente do usuário de drogas;
- Impotência diante do sofrimento do outro e seu;
- Relação de poder com o saber médico em relação as questões de saúde.

O que pensar destas demandas?

- A família que não teve seus direitos de cuidado do poder público garantidos, sente-se merecedora deste “descanso”, vendo na possibilidade das novas políticas públicas uma transferência das responsabilidades;
- Necessidade de entendimento de rede de apoio – corresponsabilização do cuidado.

O que pensar destas demandas?

Para entendermos melhor estas demandas, precisaremos voltar no tempo e resgatar aspectos históricos da atenção em saúde à usuários de álcool e outras drogas...

Reforma psiquiátrica

- Movimento gerado pelos profissionais de saúde e familiares de usuários de serviços de saúde mental;
- Crítica ao modelo centrado no saber médico e no hospital;
- Denúncia de violência e maus tratos nos manicômios;
- Direitos dos usuários dos serviços de saúde mental - solicita um redirecionamento do modelo de assistência.

Reforma Psiquiátrica

Até os anos 80: Modelo manicomial

- Assim como no caso das pessoas com outros transtornos mentais, os usuários de álcool e outras drogas tem um histórico de cuidados centralizados em hospitais;
- Nos hospitais gerais - quadros de intoxicação aguda - e nos hospitais psiquiátricos na mesma cultura que informa que “lugar de louco é no hospício”;

Reforma Psiquiátrica

- A continuidade do cuidado quase nunca era uma opção da rede. E quando havia alguma oferta, eram locais que mantinham a perspectiva de manutenção da abstinência (ambulatórios, grupos de auto-ajuda);
- Pouco suporte na reinserção social;

Reforma Psiquiátrica

- Esse modelo segregador e excludente também afastou as famílias dos cuidados (limitando as visitas para levar itens de consumo pessoal aos pacientes, exames ou medicamentos);
- Somente nos anos 2000, o tratamento para pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas foi se modificando;

Reforma Psiquiátrica

- **Lei 10.216/2001** – Lei da Reforma Psiquiátrica;
- Organização de rede de serviços de base comunitária, abertos, próximos a residência do paciente, e eliminação das formas de tratamento de características asilares ou de confinamento;
- Mesmo assim, os profissionais não foram orientados em como aproximar as famílias desse cuidado, continuando como coadjuvantes no tratamento;

Reforma Psiquiátrica

- Em 2002, a portaria 336 prevê no projeto terapêuticos:
 - Visitas e atendimentos domiciliares;
 - Atendimento à família;
 - Atividades comunitárias enfocando a integração da pessoa com sofrimento psíquico na comunidade e sua inserção familiar e social;

Reforma Psiquiátrica

- Em 2003, é lançada as diretrizes da Redução de Danos na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral de Álcool e Outras Drogas;
- Essa política encontra discordâncias com atores que já vinham oferecendo atendimentos às famílias na comunidade (AA, NA, Al-Anon, Nar-Anoon, etc.);
- O horizonte único de abstinência começa a confrontar com a possibilidade de tolerância a algum tipo de uso de drogas!

Consequências no contexto familiar

- Ainda com pouca informação sobre as novas políticas por parte dos familiares (e também dos serviços de saúde!), sentem sobrecarga e agem solicitando a transferência o problema;
- Abstinência como único resultado de tratamento e como única possibilidade de vida para o sujeito que faz uso problemático de drogas.

Viver e deixar viver

- Coloca os familiares como sujeitos do atendimento e não só aquele que faz uso de drogas;
- Na Atenção Psicossocial, a família passou a ser compreendida como parceira no cuidado, sendo um importante mediador entre usuário-serviço;
- O trabalho com famílias cabe a todos os pontos de atenção (RAPS – Rede de Atenção Psicossocial – Portaria 3.088/2011).

Redução de danos

HISTÓRICO

- 1926, Inglaterra: possibilidade de médicos receitarem opiácios a usuários, como tratamento e não gratificação;
- Anos 80 – prevenção as DSTs/HIV: Bélgica, Canadá, Suíça, Alemanha;
- Primeiras experiências em redução de danos no Brasil:
Santos (1993) – Redutores
Salvador (1995)- Troca de seringas

Redução de Danos

O que é?

- Estratégia de saúde pública;
- Princípios: respeito ao usuário de drogas, sua demanda e seu tempo;
- Implica: flexibilidade de contrato, facilitar acesso, estimular participação, propostas singulares e construídas com o usuário (PTS).

Redução de danos

- Uso de drogas visto como uma transgressão às regras da sociedade, merecedor de punição - ênfase na justiça e não na saúde;
- Modelos de ajuda com diretrizes absolutamente opostas como: AA, NA, comunidades terapêuticas.

Redução de danos

Resistências a implementação da Redução de Danos

- A crença de que esses programas são um incentivo ao consumo e a outros comportamentos ilícitos;
- Redução de Danos entendida somente como redução de uso;
- Juízo moral do uso de drogas, como algo voluntário e que portanto não merece ajuda.

Redução de danos

- O conhecimento técnico deve operar a partir do saber do próprio usuário e/ou comunidade;
- História do sujeito e suas relações e não apenas a história do consumo de drogas (padrão, modalidade...);
- Problematiza: rompimento de laços, o moralismo, o preconceito social e a criminalização.

Uso, Abuso, Dependência

- Pesquisa nos EUA (2002) mostrou que, do total de pessoas que experimentaram álcool, cerca de 15% se torna dependente, e de cocaína 16% (Wagner, F.A. e Anthony, J.C. apud CARNEIRO H. e OLIVEIRA W. F., 2014) → $< 1/6$ das pessoas

Uso, Abuso, Dependência



(PROP, L., 2008)

As internações em saúde mental

De acordo com a Lei 10.216/2001, que descreve as diferentes modalidades de internação:

- Voluntárias → paciente concorda com a oferta de tratamento
- Involuntárias → são requeridas por familiares, independente da vontade do paciente
- Compulsórias → são determinadas pelo poder judiciário

As internações em saúde mental

- Para todas elas é necessário Laudo Médico circunstanciado que caracterize os motivos (art.6º). É vedada a internação, mesmo quando imposta por medida de segurança, sem recomendação médica da real necessidade;
- O médico, junto a equipe, irá avaliar as condições do paciente.

As internações em saúde mental

E o que caracteriza a necessidade de internação?

Quando os todos os serviços extra-hospitalares se mostrarem insuficientes para o cuidado de:

- ✓ Risco de suicídio ou auto-agressividade;
- ✓ Paciente em surto psicótico que pode vir a ferir ou machucar alguém, por exemplo;
- ✓ Incluem-se situações de maior gravidade envolvendo usuários de drogas nesses casos.

As internações em saúde mental

- Muitas crises podem ser atendidas em serviços abertos no trabalho em rede;
- Não devem ocorrer em ambiente segregador, estando indicado que sejam feitas em hospitais gerais, afinal são situações que requerem ampla assistência;
- Devem ter curta ou curtíssima duração;
- O tratamento propriamente dito, se indicado, deve ocorrer em meio aberto passadas as situações de crise;

As internações em saúde mental

- Não confundir estas situações descritas - atos involuntários - que necessitam de internação com uma política baseada em internações involuntárias;
- As internações compulsórias, previstas na Lei 10.261/2001, foram dispostas para se restringirem às determinações de medidas de segurança (art.96 e 97 do Código Penal), aplicadas aos réus que cometeram crimes influenciados pelo seu transtornos mentais;

As internações em saúde mental

- Outra possibilidade é em processos de interdição civil;
- O tratamento coercitivo, forçado, raramente consegue resultados duradouros, muitas vezes geram apenas violência e maior sofrimento para os usuários; afastando-os ainda mais dos cuidados em saúde posteriormente.

O trabalho com as famílias

Situações complexas, como as relativas à saúde mental, mais especificamente ao uso problemático de drogas, exigem intervenções complexas. (CHIAVERINI,2011)

- Existe um infinidade de formas de realizar este trabalho, vamos continuar apontando algumas reflexões para ajudar nesse caminho de criação.

Intervenções Possíveis

- O trabalho com aquele que busca ajuda, deve fazer a passagem de um momento primeiro, em que o sujeito fala por um outro (em nome do usuário) para aquele que fala de si próprio;
- Incentivar a participação no cuidado como parceira, sendo importante mediador;
- Grupos de famílias;

Intervenções Possíveis

- Trabalho em rede - atendimento dos familiares é possível em todos os pontos de atenção;
- Trabalho na lógica da Redução de Danos;
- Desmistificar o “falso dilema” que ofertar cuidados na perspectiva da RD é estimular o uso;
- Inclusão da família no Projeto Terapêutico Singular;
- Trabalhar na consciência crítica de todos os envolvidos;

Intervenções Possíveis

- Trazer de volta a família como agente político na defesa dos usuários em saúde mental, incluindo os usuários com problemas decorrentes do uso de álcool ou outras drogas;
- As famílias precisam conhecer os seus direitos;

Barreiras a serem superadas

- Dependência química - ênfase na substância;
- Busca da abstinência como meta e medida do progresso do tratamento;
- Busca de um objeto adequado para suportar abstinência: medicação, religião...

Limitações da Rede

- Pouca oferta de atendimentos nas unidades;
- Uma vez desconstruída a demanda primeira é preciso poder dar continuidade – tratamento;
- Profissionais não se sentem preparados para lidar com essa demanda – ideia de especialidade;
- Profissionais possuem representação social preconceituosa e excludente do uso de drogas.

Limitações desta Apresentação

- Em decorrência do CAPS AD ILHA (local de prática das autoras), atender uma parcela muito pequena de usuários adolescentes e seus familiares, temos pouco conteúdo no trabalho com este público.
- Acreditamos que todas as reflexões aqui apontadas ajudam também no trabalho com os familiares de adolescentes; porém, a especificidade desta questão não foi possível nesta apresentação.

Referências Bibliográficas

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM 3088, de 23 de dezembro de 2011.

CARNEIRO, H e OLIVEIRA, W. F. Drogas e Sociedade [Recurso Eletrônico]. Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014.

CAVALCANTE, R. e ROSA, L. Relação Família e Usuários de Álcool e outras Drogas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) [Recurso Eletrônico]. Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014.

CHIAVERINI, D. H.(Org.) et al. Guia Prático de matriciamento em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

GRIGOLO, T. M e MORETTI-PIRES, R. O. Políticas de Saúde Mental e Direitos Humanos [Recurso Eletrônico]. Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014.

MOTTA, Vera.O usuário de drogas e sua família: Assistência, limites e possibilidades. CETAD/UFBA, 1996.

PROP, L. Padrões de Consumo: Uso, abuso e dependências de Substâncias Psicoativas. Blumenau, 2008.



Se aparecerem novas dúvidas sobre o tema discutido hoje, ou sobre qualquer questão clínica ou de processo de trabalho, solicite uma teleconsultoria! É fácil e rápido. Estamos dispostos a ajudar!

[http:// telessaude.sc.gov.br](http://telessaude.sc.gov.br)

telessaudesc@gmail.com