



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
ESPECIALIZAÇÃO LATO SENSU EM SAÚDE PÚBLICA

Mariele Pereira Rosa

**EXPERIÊNCIAS DA ATENÇÃO BÁSICA VOLTADAS ÀS PESSOAS USUÁRIAS
DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: Contribuições da redução de danos.**

Belo Horizonte - MG
Outubro/2024

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
ESPECIALIZAÇÃO LATO SENSU EM SAÚDE PÚBLICA

Mariele Pereira Rosa

**EXPERIÊNCIAS DA ATENÇÃO BÁSICA VOLTADAS ÀS PESSOAS USUÁRIAS
DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: Contribuições da redução de danos.**

Trabalho apresentado à Especialização de Saúde Pública da
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais para
obtenção do título de especialista.

ORIENTADORA: Dra. ANA REGINA MACHADO

Belo Horizonte - MG
Outubro/2024

R789e

Rosa, Mariele Pereira.

Experiências da atenção básica voltadas às pessoas usuárias de álcool e outras drogas: contribuições da redução de danos. / Mariele Pereira Rosa. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

22 f.

Orientador(a): Ana Regina Machado.

Artigo Científico (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Redução de Danos. 2. Usuários de Álcool e outras Drogas. 3. Atendimento. 4. Acolhimento. I. Machado, Ana Regina. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WM 270

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela oportunidade de fazer um curso de especialização em uma instituição tão renomada e importante para a Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Pelos conhecimentos adquiridos que tanto expandiram minha percepção acerca da saúde pública. Pela convivência com pessoas tão diversas (alunos, professores, coordenadores) de lugares tão diferentes, que contribuíram ainda mais para o enriquecimento desta experiência.

Meus sinceros agradecimentos à Doutora Ana Regina Machado, pela sua disponibilidade, paciência e humildade, que com tamanho conhecimento, se doou e se doa de forma tão humana e receptiva para com os alunos e orientandos.

Agradeço à toda minha família pelo apoio que foi fundamental nessa jornada.

Agradeço também a Secretaria Municipal de Saúde de Comercinho, pelo apoio e aos colegas de trabalho da Estratégia de Saúde da Família Retiro da Saudade.

Agradeço aos meus colegas, professores, coordenadores e todos os funcionários da ESP que me receberam de braços abertos.

RESUMO

Neste artigo procura-se refletir sobre as experiências da atenção básica voltadas às pessoas usuárias de álcool e outras drogas e sobre as contribuições da redução de danos para realizá-las. Busca-se também apresentar a visão do Ministério da Saúde (MS) acerca do assunto, além de refletir sobre as possibilidades de acolhimento e cuidado às pessoas usuárias de álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS) em municípios de pequeno porte. Aborda a redução de danos como estratégia para aumentar a qualidade de vida das pessoas, construída de modo conjunto por profissionais de saúde e usuários que visa a diminuição dos riscos e danos à saúde relacionados aos modos de vida dos usuários. O artigo apresenta dois casos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Comercinho que apresentaram dificuldades no acolhimento e acompanhamento, contudo, permitiram refletir sobre as possibilidades do cuidado, identificação das prioridades e humanização no atendimento. Ressalta-se também, a importância do estreitamento do vínculo dos usuários de álcool e outras drogas com os profissionais de saúde na produção do cuidado.

Palavras Chave: Redução de Danos; Usuários de Álcool e outras Drogas; Atendimento e Acolhimento.

ABSTRACT

This article seeks to reflect on the experiences of primary care aimed at people who use alcohol and other drugs, and on the contributions of harm reduction to achieving them. It also seeks to present a view of the Ministry of Health (MS) on the subject, in addition to reflecting on the possibilities of welcoming and caring for people who use alcohol and other drugs in the Unified Health System (SUS), in small municipalities. It addresses harm reduction as a strategy to increase people's quality of life, built jointly by health professionals and users who aim to reduce risks and damage to health related to users' lifestyles. The article presents two cases treated by the Family Health Strategy (ESF) in the municipality of Comercinho that hampered reception and sending, however, allowed reflection on the possibilities of care, identification of priorities, and humanization of care. The importance of strengthening the bond between users of alcohol and other drugs and health professionals in the production of care is also highlighted.

Keywords: Harm Reduction; Users of Alcohol and other Drugs; Service and Reception.

FOLHA DE APROVAÇÃO

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. DESENVOLVIMENTO TEÓRICO.....	09
2.1. Acolhimento e cuidado às pessoas que usam álcool e outras drogas na atenção primária à saúde (APS)	09
2.2. A atenção às pessoas com problemas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas no SUS.....	11
3. REFLEXÕES SOBRE AS PRÁTICAS DA ESF RETIRO DA SAUDE DE COMERCINHO	13
3.1 Caso 1: O usuário de álcool e outras drogas é cidadão, tem direito ao cuidado em saúde	14
3.2 Caso 2: O cuidado sem a exigência da abstinência: Aproximação e vínculo entre trabalhadores da atenção básica e pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.	17
3.3 Alguns aprendizados sobre o cuidado em álcool e outras drogas na atenção básica	18
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22

1. Introdução

Minha trajetória no SUS começou em 2011. Em 2013, tive a oportunidade de trabalhar como coordenadora da Atenção Primária no Município de Comercinho/MG, trabalho este que exerci durante 7 anos e meio. Em 2022, comecei a trabalhar como Enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) Retiro da Saudade, onde trabalho até os dias atuais. Por estar à frente no atendimento da ESF, pude observar várias demandas de usuários do SUS, porém, as que mais me chamaram atenção foram as dos usuários de Saúde Mental, principalmente das pessoas que fazem uso de álcool e drogas. É perceptível a dificuldade que elas encontram para adentrar à Atenção Básica, para ter acesso ao cuidado em saúde. Dentre essas dificuldades, destaco o fato de serem atendidos com preconceito e indiferença, destaco também o costume de resolver os problemas de saúde (doenças, dentre outros) com plantas medicinais – cultura essa que é passada de pai para filho. Quando decidem procurar atendimento na rede de saúde, a situação já está em estágio avançado (crônico) e há mais dificuldade para encontrar soluções.

A Saúde Mental nunca foi meu assunto de maior interesse, muito pelo contrário, me despertava muito receio e preconceito. Sempre preferi a vacinação, puericultura, pré-natal, hipertensos, diabéticos e grupos operativos associados a essas demandas. Então, para lidar com pessoas que usam álcool e outras drogas, tive que sair completamente da minha zona de conforto e adentrar numa zona que, além de não estar familiarizada, me causava muito medo. Foi a partir disso, que pude perceber como a área de saúde mental nos leva a refletir sobre quão vulneráveis somos e como é complicado lidar com as pessoas que têm modos diferentes de viver, muito pelo estigma que carregam. Comecei a entender a importância de trazer esses usuários para dentro da Atenção Básica, pois como cidadãos, eles gozam dos mesmos direitos de todos, que muitas vezes lhes são negados devido a sua condição.

Nas cidades pequenas, no interior do estado, a bebida alcoólica é comumente utilizada nas comemorações. Qualquer ocasião especial é comemorada com bebida, e Comercinho não é exceção. Por não ter muitas opções de lazer para os moradores, o que resta são bares, botecos, festas nas roças e socialização na praça

da cidade, todas regadas a muita bebida. Como umas das poucas formas de lazer, os adolescentes acabam consumindo álcool muito cedo, gerando dependência e consequentemente a marginalização. As pessoas que se encontram nessa situação dificilmente conseguem trabalho, e ficam à margem da sociedade. A própria sociedade não acolhe essas pessoas, pelo contrário, há preconceito e discriminação em relação a elas.

Sabemos que os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas possuem uma origem multifacetada. Em parte, existem aspectos biológicos, mas é necessário levar em conta os fatores sociais, históricos, econômicos e culturais. Ainda que existam predisposições genéticas ou comprometimentos orgânicos, incluindo efeitos sobre os cérebros dos seres humanos, a concepção dentro do processo saúde-doença deve levar em conta também a história de vida do usuário, sua inserção sociofamiliar, sua estrutura psicológica e seu contexto econômico e cultural (Raizer, 2020).

Sabemos também que o uso abusivo de álcool traz prejuízos à saúde, e pode trazer danos aos familiares e amigos, além de provocar perdas econômicas e sociais, não somente aos próprios indivíduos que sofrem com esses problemas, mas à toda sociedade (BRASIL, 2015).

Importante destacar que desde 2003, o Ministério da Saúde (MS) possui uma Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Essa Política propõe que a atenção a usuários de álcool e outras drogas seja feita em uma rede de atenção formada por diferentes serviços do SUS e também por recursos comunitários (Brasil, 2003). Em 2011, o MS criou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que prevê os seguintes pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residências Terapêuticos (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), SAMU, Hospitais Gerais e Centros de Convivência e Cultura.

Ainda que meu município não conte com todos estes pontos de atenção, minha trajetória no SUS permitiu perceber a importância de reconhecer a

complexidade das relações entre as pessoas, drogas e o contexto e também do cuidado às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.

Sendo assim, este trabalho justifica-se pelo meu incômodo ao observar a falta de assistência, cuidado, ofertas de serviços, atividades recreativas e o preconceito sofrido pelos usuários de álcool e drogas, por parte da comunidade e também por parte dos trabalhadores de saúde. O desenvolvimento desse trabalho pode contribuir para que profissionais do SUS entendam quão grande são as oportunidades e possibilidades de cuidado ao usuário de álcool e drogas na Atenção Básica e quanto podem contribuir para o funcionamento dos serviços, e para o acolhimento e a redução de danos desses usuários.

Diante desse contexto e desse percurso, proponho, refletir sobre as possibilidades de acolhimento e cuidado às pessoas usuárias de álcool e drogas na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). Buscarei também conhecer os referenciais para o cuidado no SUS às pessoas que usam drogas e identificar possibilidades de cuidado em municípios de pequeno porte.

No desenvolvimento do trabalho, apresentarei aspectos teóricos associados à atenção às pessoas que usam álcool e drogas. Posteriormente, apresentarei dois casos, atendidos pela ESF Retiro da Saudade de Comercinho que apresentaram dificuldades no acolhimento e acompanhamento, já que tiveram com foco somente o problema do uso/dependência de álcool e outras drogas e não o usuário como todo. As experiências de atendimento destes dois casos permitiram à atenção básica de Comercinho redimensionar e ampliar as possibilidades de cuidado junto às pessoas que usam drogas. Por fim, apresentaremos os aprendizados decorrentes dessas experiências.

2. Desenvolvimento teórico

2.1 Acolhimento e cuidado às pessoas que usam álcool e outras drogas na atenção primária à saúde (APS)

A promoção de acesso das pessoas que usam álcool e outras drogas na ESF envolve disponibilidade e sensibilidade dos trabalhadores e trabalhadoras de saúde,

que devem estar atentos ao estado de sofrimento e aos comprometimentos à saúde em cada caso. O atendimento deve ser agilizado e a organização dos serviços deve contemplar a oferta de respostas às necessidades dos usuários. Baixa exigência e alta disponibilidade dos trabalhadores são necessárias para estabelecer vínculo com os usuários, a partir das suas demandas (Brasil, 2015).

É necessário ressaltar que o ato de acolher não é restrito ao primeiro contato. Essa tecnologia está presente nos encontros cotidianos e envolve o compartilhamento de cuidado e saberes, dúvidas, anseios e intenções (Brasil, 2004).

Acolher é valorizar como o usuário se apresenta, disponibilizar-se para a sua agenda, suas vivências e seu sofrimento. Acolher é uma atitude de reconhecimento do outro como legítimo interlocutor. É uma atitude transversal ao processo de trabalho no serviço, é mais que receber ou realizar a triagem. Portanto, o acolhimento não é apenas um procedimento que pode ser agendado para depois de acordo com a disponibilidade do serviço (Brasil, 2013).

Qualificar e compreender como o outro se apresenta possibilitará a identificação das prioridades, facilitando a construção do projeto terapêutico singular e potencializando o cuidado considerando os recursos internos e externos do usuário, realizando assim uma coprodução do cuidado.

Para Brasil (2015):

“É importante considerar que a atenção primária em saúde (APS) é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) é o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.”

Brasil (2004), afirma ainda que:

Em relação à Atenção Primária à Saúde (APS) é importante compreendê-la como o primeiro nível de atenção em saúde, que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a

promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

“A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da APS no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos de atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.”

2.2 A atenção às pessoas com problemas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas no SUS

A atenção às pessoas com problemas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas no SUS segue os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental que prevê o cuidado em rede e no território. Essa atenção deve ocorrer em centros de atenção psicossocial (CAPS) e/ou em unidades básicas (UBS) ou posto de saúde (PS), em cidades menores. A Política de Saúde Mental prevê um conjunto de ações que buscam fortalecer, incluir e dar possibilidade de exercer o direito de cidadania de pacientes e seus familiares no que é referente à habitação, educação, trabalho, entre outros (Brasil, 2015).

Se o SUS sempre contou com uma proposta para atenção básica, apenas em 2003, o Ministério da Saúde passou a contar com a Política de Atenção Integral às pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas. Esta Política reconhece a complexidade que envolve o uso de drogas e compreende as pessoas que usam drogas como cidadãos e compreende que o cuidado a essas pessoas não deve ser restringir às ações que objetivam a interrupção do consumo dessas substâncias.

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que criou a Rede de Atenção Psicossocial (RASP), considera a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde integrada, articulada e efetiva para atender as pessoas com sofrimento mental e/ou com demandas decorrentes do consumo de álcool,

crack e outras drogas. Os serviços da RAPS devem considerar as seguintes diretrizes:

- I - Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - Combate a estigmas e preconceitos;
- IV - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - Diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.
- VIII - Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - Promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (Brasil,2011).

A Política do SUS voltada para pessoas que usam drogas avança quando define a Redução de Danos (RD) como marco teórico-político-ético. Esta é uma ética do cuidado que atua em defesa da vida dos usuários de drogas. Historicamente, a RD foi desenvolvida no Brasil para enfrentamento da epidemia de Aids por movimentos sociais, órgãos governamentais e não governamentais, sendo posteriormente reconhecida pelo MS e incorporada nos campos de saúde coletiva, saúde mental e atenção básica, como estratégia de cuidado. Além disso, a partir da RD, no Brasil, foram sendo construídas estratégias que não focam exclusivamente em procedimentos, mas na garantia da cidadania e do respeito aos direitos humanos das pessoas que usam álcool e outras drogas (Brasil, 2015).

Segundo Brasil (2013):

“A Redução de Danos (RD) é uma estratégia para aumentar a qualidade de vida das pessoas. Essa estratégia está fortemente alicerçada no estabelecimento de vínculo de confiança e empatia entre profissional da equipe de saúde e o usuário. A prática de RD é construída conjuntamente – não é imposta pelos profissionais de saúde e visa à diminuição de malefícios à saúde relacionados aos hábitos de vida do sujeito. A abordagem da RD reconhece o usuário em suas singularidades e, mais do que isso, constrói com ele estratégias focando na defesa de sua vida, sem julgamentos e imposições”.

No contexto da ESF podemos reduzir danos em diversas situações. No cuidado de pessoas que usam drogas, o trabalho segue na linha de atenuar os agravos relacionados ao uso de drogas e buscar construir conjuntamente um modo de viver mais saudável. Sendo assim, torna-se importante escutar e acolher para compreender o usuário de maneira integral, assim como abordar o usuário de forma que ele seja e se perceba como ator principal do seu cuidado. Junto com a rede, a ESF deve buscar reduzir as consequências negativas do uso de álcool e outras drogas por meio de diversas estratégias, aumentando o vínculo de confiança e empatia entre profissional da equipe de saúde e usuário.

3. Reflexões sobre as práticas da ESF Retiro da Saudade de Comercinho

Neste trabalho, apresentarei duas situações em que foi possível à atenção básica de Comercinho redimensionar suas percepções e ampliar as possibilidades de cuidado junto às pessoas que usam drogas.

Comercinho é uma pequena cidade do Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais, fundada em março de 1945. A cidade faz parte da microrregião de Pedra Azul, com 6.600 habitantes, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia para o ano 2022 (IBGE, 2022). Está localizada a 761 Km de distância da capital Belo Horizonte. Comercinho é uma cidade acolhedora e hospitaleira, porém, sem muito lazer para a população, o que contribui para que muitos adolescentes e pessoas de meia idade procurem bares, botecos e a praça central para socializarem, fazendo uso de bebidas alcoólicas.

No sistema E-SUS, das 6.922 pessoas cadastradas, 306 afirmam ser usuárias de álcool. Esses dados não condizem com a realidade da cidade, pois várias pessoas recusam emitir informações sobre o consumo de bebidas alcoólicas.

A Atenção Primária à Saúde do município é composta por quatro Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), duas Equipes de Saúde Bucal, um Posto de Saúde, uma Equipe Multidisciplinar e um Centro de Convivência.

O município pode acessar um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que é compartilhado com o município de Cachoeira do Pajeú e que está localizado a 90 km de distância de Comercinho. Os atendimentos são realizados mensalmente por um psicólogo e um psiquiatra, somente em consultas ambulatoriais. Dessa forma, é difícil manter a continuidade do atendimento para esses usuários, por ser um atendimento com pausas de longa duração e a sede do CAPS não ser em Comercinho.

Por meio do primeiro caso, de um usuário atendido na zona rural de Comercinho, buscamos demonstrar como o reconhecimento da condição de cidadão da pessoa que faz uso de álcool e outras drogas pode redimensionar e ampliar as possibilidades de cuidado.

No segundo caso, iremos privilegiar a percepção de que o usuário é uma pessoa com direitos e seu contexto de vida carrega vulnerabilidades que limitam o seu acesso a atenção básica. Nesse sentido, a atenção básica deve se flexibilizar para atender as necessidades e vulnerabilidades do usuário. A atenção básica deve se adequar as necessidades do usuário e não o contrário.

3.1 Caso 1: O usuário de álcool e outras drogas é cidadão, tem direito ao cuidado em saúde

Um usuário do SUS, iremos chamá-lo de Jonas, é um homem de 23 anos, que faz uso de álcool e outras drogas. Já passou por algumas internações em comunidades terapêuticas para recuperação, porém sem muito sucesso. A mãe de Jonas nos procurou no PSF, “pedindo socorro”, relatou que havia ficado mais de 50 dias sem nenhuma notícia do filho. Quando retornou à família, Jonas foi

encaminhado direto para o hospital com ferimentos nos dedos do pé esquerdo, por causa de um acidente provocado por um pau de eucalipto em um trabalho informal para descarregar caminhão. O hospital medicou, fez curativo e encaminhou Jonas para a Atenção Básica. A ESF fica a 16 km de sua casa, sendo assim nós, da Atenção Básica, realizamos a visita domiciliar (VD).

Eu, a enfermeira e o motorista fomos à casa de Jonas no mesmo dia, conforme solicitado, para realização do curativo e orientações. Entretanto, Jonas não se encontrava, estava em um boteco a 2,5 km de distância de sua casa. Expliquei para sua mãe que não poderíamos aguardar sua volta, pois Jonas deveria estar em repouso e em casa e que nós tínhamos outras visitas para fazer. A mãe preocupada pediu para o genro (que não conversava com Jonas) para ir atrás dele de moto, pois não sabia ao certo qual boteco ele estava. Aguardamos por mais 40 minutos e Jonas não retornou, não pudemos mais esperá-lo e fomos fazer as outras visitas.

Neste dia, estava chovendo e na época de chuva, as estradas vicinais ficam intransitáveis. Então, com muita dificuldade, estávamos tentando voltar para a cidade, quando nos deparamos com Jonas no caminho, com o pé machucado e todo sujo de lama. Ele se encontrava descalço, andando com apoio de um porrete. Disse ao motorista: "Poderíamos simplesmente passar direto e fazer de conta que não o vimos". Porém, naquele momento entendi que aquele usuário do SUS, por mais dificultoso que fosse, tinha o direito de ser atendido, e, mais que isso, tinha o livre arbítrio de fazer o que bem entendesse, independente do julgamento alheio. E nós, como trabalhadores da ESF, tínhamos o dever de ajudá-lo.

Colocamos Jonas no carro e voltamos para sua casa. Foi realizado o curativo, o pé estava muito sujo de lama e ele relatava muita dor. Disse que não iria parar de beber e que, às vezes, até tinha vontade, mas que não conseguia. Sua mãe ficou aliviada com nossa volta. O motorista disse "...seria muito melhor se déssemos uma garrafa de cachaça, ele ficaria aqui e não iria ao boteco". Eu pensei: faz sentido. Não foi o que fizemos, porém, na visita seguinte perguntamos se ele estava bebendo. Ele disse que sim e que tinha a bebida em casa (cachaça com campari) e que não iria no boteco nesse dia comprar, mas, se não tivesse, ele iria. Quando tem a cachaça

em mãos, ele fica de repouso e não corre o risco de machucar o pé. Ele continua a beber, porém com o curativo limpo e preservado, melhorando assim a cicatrização. É bem difícil aceitar que o paciente continue bebendo e reconhecer que a interrupção do consumo de álcool não depende de mim, uma trabalhadora da saúde. Porém, consegui compreender, que este paciente tem direito ao acesso a serviços e ações de saúde, mesmo sem parar de beber. Cabe a nós, trabalhadores do SUS, reduzir danos em sua vivência, não introduzir conhecimentos verticalizados, juízos de valor e/ou criar barreiras de acesso ao cuidado.

Nesse caso, conseguimos perceber como ainda é falha nossa conexão com o usuário de álcool e drogas, preferimos escondê-lo, encaminhando-o para uma clínica de recuperação buscando resolver o problema temporariamente. Contudo, venho percebendo que, a cada retorno destas instituições, esses pacientes, continuam na mesma situação. Durante o período de internação conseguem ficar em abstinência, mas não mudam e não são preparados para darem continuidade no processo de mudança de vida.

A abordagem de redução de danos aproxima-se do conceito de promoção da saúde, por enxergar o usuário de álcool como um cidadão, que tem direito à saúde, bem como a todos direitos humanos.

Quando uma pessoa apresenta problemas associados ao consumo de álcool e drogas, é possível que tenha uma série de outros problemas que não sejam decorrentes desse consumo. Portanto, ao utilizarmos a estratégia da RD, é importante perceber, quando o usuário solicita ajuda, quais malefícios o consumo de álcool e drogas estão lhe causando e como poderíamos diminuir ou eliminar alguns desses malefícios (Caminhos do Cuidado, 2013).

A RD é também uma estratégia que favorece a criação de vínculos. Quando adotamos essa lógica, não definimos o que é melhor para o usuário. Construimos, junto com ele e sua família, o que ele pode fazer para melhorar sua vida sem que isso envolva necessariamente, a interrupção do consumo de álcool e outras drogas (Caminhos do Cuidado, 2013).

As intervenções dos trabalhadores da saúde devem considerar a questão do uso de substâncias psicoativas como um problema complexo, que requer respostas intersetoriais; a redução de danos como estratégia e diretriz de gestão de cuidado; a preconização de ações voltadas para promoção, prevenção, tratamento e reabilitação social com foco em superar o senso-comum sobre os usuários de drogas e o fortalecimento da autonomia dos usuários para o exercício de sua cidadania (Brasil, 2015).

3.2 Caso 2: O cuidado sem a exigência da abstinência: Aproximação e vínculo entre trabalhadores da atenção básica e pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

Chamarei de Davidson, um homem de 44 anos, diabético descompensado, etilista, tabagista, que mora sozinho (familiares moram em São Paulo e Bahia) e faz uso de insulina e outros medicamentos. Em uma viagem de moto para a cidade de Medina, Davidson queimou o tornozelo no cano de descarga, e, devido à pouca sensibilidade, só percebeu depois de um tempo, quando chegou ao destino.

Procurou o PSF para fazer o curativo com uma pequena ferida no tornozelo, ferida que já apresentava necrose e pouco tecido de granulação. Foram realizados o curativo e as orientações. Pedimos ao paciente que voltasse diariamente ao PSF para realização dos curativos e continuidade do tratamento. Davidson não compareceu ao PSF conforme combinado. Informamos à Assistente Social sobre a dificuldade de fazer o curativo e pedimos ajuda.

Por se tratar de um povoado, todos sabem da vida alheia e o que diziam, é que Davidson vivia no bar bebendo. A ferida piorou muito, todo o tecido ficou necrosado, não fazia mais os curativos e a visita da ACS (Agente Comunitária de Saúde) não tinha mais efeito. O usuário recusou a realização do curativo. Certo dia chegou até a ESF o comentário de que ele estava passando muito mal, que haviam tentado entrar na casa dele e não haviam conseguido. Nós, da Equipe de ESF, oferecemos atendimento em sua casa, mas ele recusou. Depois que a equipe foi embora da ESF para a sede, ele ligou na secretaria de saúde solicitando um carro para buscá-lo, pois necessitava de atendimento médico.

O carro saiu de Comercinho, buscou o paciente no Povoado Retiro da Saudade, e o levou ao hospital de Medina, cidade de referência. Davidson ficou internado por 59 dias. A ferida, que era só no tornozelo, passou para toda a perna (ferida de grande extensão). Davidson contraiu uma infecção e, como diabético, necessitava de cuidados hospitalares. Quando recebeu alta, ficou sob cuidados da Atenção Básica. Apresentava hipoglicemia constantemente. Seus familiares, irmão de São Paulo e mãe da Bahia, foram para Comercinho para ajudá-lo. Fazíamos os curativos diariamente, inclusive aos sábados e domingos. Depois de mais de um ano, a mãe retornou para a Bahia. Davidson passou a morar sozinho, continuamos a fazer o curativo. Depois que passou a ficar sozinho, começou a comprar bebida alcoólica por delivery.

Conseguimos uma excelente cicatrização quase 50%, mesmo com a diabetes. Em toda visita, observamos hálito etílico, porém, o paciente negava uso de bebida. Toda a equipe multidisciplinar que atendia Davidson, observava que ele era muito só e tinha muita carência afetiva. Ele é um rapaz muito trabalhador, tem filhos, já foi casado 3 vezes, mas vive só.

Hoje reflito sobre a adoção de condutas diferentes das que tomamos. Talvez se, no início de tudo, se tivéssemos insistido um pouco mais em ajudá-lo, dando atenção às diferentes necessidades que Davidson apresentava, não focando apenas na bebida, reforçando mais a troca de curativo, mesmo sabendo que ele poderia ir na ESF, se tivéssemos realizado visitas domiciliares, com a ajuda da equipe multidisciplinar (psicóloga, educadora física, assistente social), ouvido sua história, seus medos, suas crenças com empatia e menos julgamento, talvez não houvesse a necessidade de internação hospitalar. Se tivéssemos enxergado o usuário de álcool como um cidadão, como uma pessoa com direito da saúde, e não utilizado estratégias direcionadas apenas a abstinência, mas para a defesa da vida, poderia ter sido diferente.

3.3 Alguns aprendizados sobre o cuidado em álcool e outras drogas na atenção básica

Por tratar-se de uma cidade do interior, a maior parte da população de Comercinho reside na zona rural. A ESF Retiro da Saudade atende 100% na zona rural.

Há uma ideia equivocada de que municípios de pequeno porte, por terem menos habitantes, tem mais facilidade no trabalho, na resolução de problemas e das demandas de saúde. Entretanto, muitos desses municípios possuem enormes áreas de abrangências, o que dificulta o acesso à essas localidades e consequentemente dificulta o vínculo com esses usuários.

Contudo, percebo que há mais oportunidades de estreitamento do vínculo e do elo de confiança com esses usuários, do que em cidades maiores. Com as vivências que tive, pude constatar que o usuário de zona rural, quando estabelece esse elo de confiança com o profissional, faz isso de forma sincera e duradoura. Isso ocorre também com os usuários de álcool e drogas que depositam confiança nos profissionais que lhes dão oportunidades de diálogos (trocas) sem julgamentos.

Há relatos de usuários que pela sua conduta afastaram todo o seu convívio social, incluindo filhos, esposa, parentes e amigos e hoje se encontram tendo como única interação social a visita domiciliar (VD) do Agente Comunitário de Saúde (ACS). O ACS acaba se tornando um amigo, confidente, psicólogo e único convívio social.

O contexto em que a pessoa está inserida lhe dá uma perspectiva diferente sobre o mesmo assunto. Como por exemplo, um agente de saúde que visita mensalmente um usuário de álcool e drogas tem uma perspectiva diferente de quem convive diariamente com esse usuário. Nesse sentido, é muito importante considerar o contexto que cada um está inserido.

Aprendi que, com paciência, persistência e principalmente vencendo as barreiras do preconceito, é possível melhorar o vínculo e criar possibilidades de cuidado. Aprendi também que os usuários de álcool e drogas são pessoas que possuem suas histórias, seus amores, suas lutas e não precisam de ninguém para aconselhá-los a deixar a bebida. Muitas vezes, a bebida é a única válvula de escape, a única alegria que possuem.

O preconceito da comunidade também se expressa no trabalhador (ACS) que, muitas vezes, tem receio de lidar com usuário de álcool e drogas, pelo seu histórico de violência e crises. Importante destacar que muitas vezes esses profissionais trabalham sozinhos em grandes áreas de abrangência rurais, o que só aumenta o seu receio nos encontros com os usuários.

Nos dois casos, percebi a importância dos fundamentos da redução de danos para que a atenção básica produza cuidado, aumentando a qualidade de vida dessas pessoas, construindo possibilidades e diminuindo o preconceito.

4. Considerações finais

Este artigo permitiu refletir sobre compreensões, estratégias e possibilidades para atender pessoas que fazem uso de álcool e drogas na sua integridade e singularidade. Observar de perto suas necessidades, seus modos de vida e traçar estratégias para redução de danos, sempre respeitando seus saberes, cultura e vivências são passos importantes para o cuidado.

Pude constatar em minha trajetória de trabalho, que o medo afasta e o respeito aproxima, e que o vínculo com pessoas que fazem uso de álcool e drogas e suas famílias é fundamental para o cuidado na atenção básica. A ESF às vezes, é a primeira e única porta de entrada (acesso) dessas pessoas ao SUS. Pude perceber que além de precisarem do apoio de profissionais de saúde, essas pessoas necessitam de apoio da família e da comunidade. Reconheci que é uma idealização de profissionais almejam para todos “a cura” ou a interrupção do consumo de drogas. Buscar e cuidar das pessoas que fazem uso de álcool e drogas onde elas efetivamente se encontram é um orientador importante para o cuidado.

Há ainda um despreparo significativo e muita desinformação por parte da sociedade sobre as melhores respostas para um problema tão grave e tão complexo, na perspectiva social ou individual. No entanto, é necessária disposição para adotarmos novas perspectivas de cuidado, para modificarmos nossas compreensões e práticas para produzirmos o cuidado possível e para promovermos o direito à saúde e a qualidade de vida de pessoas usuárias de drogas.

Para garantirmos o acesso e a resolutividade do cuidado e do tratamento das pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, é preciso trabalhar em rede, incluindo a equipe multidisciplinar e o Centro de Convivência nesse processo e desenvolver atividades no território, incluindo zona rural, que favoreçam a inclusão social e promoção de autonomia, envolvendo toda a comunidade rural para participação ativa, reforçando assim o respeito aos direitos humanos e combate ao preconceito às pessoas que fazem uso de álcool e drogas.

5- Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia Estratégico de Cuidado em Álcool e Outras Drogas** - Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011.**

Disponível

em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

Acesso em: julho de 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Caminhos do Cuidado: caderno do aluno/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. 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, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo 2022.**

Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/comercinho/panorama> >

Acesso em: fevereiro de 2024.

RAIZER, Paula Barros. **Políticas Públicas sobre o Alcool no Brasil e sua Integração com o SUS.** São Paulo: 1. Ed, 2020.