

# EAD

## SUPERA

A detecção e o  
atendimento a  
pessoas usuárias de  
drogas na rede da  
Atenção Primária à  
Saúde



Sistema para detecção do  
Uso abusivo e dependência de substâncias  
Psicoativas:  
Encaminhamento, intervenção breve,  
Reinserção social e  
Acompanhamento

Biblioteca - Ministério da Justiça



MJU00060024D19



9 788560 662562



Secretaria Nacional de  
Políticas sobre Drogas

Ministério da  
Justiça



6157822  
S63P  
4. ID.  
V. 1  
DEP. LEGAL





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**

## **A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede da Atenção Primária à Saúde: módulo 7**

Coordenação do módulo: Fabiane Minozzo e Samantha Pereira França

**4ª Edição**

**Brasília  
2011**

615.7822  
5623 D  
V. 4  
4. ED.  
Dep. Legal

155-5511

**MJ - BIBLIOTECA**

**A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas  
na rede da Atenção Primária à Saúde: módulo 7**

**Presidenta da República**  
**Dilma Rousseff**

**Vice-Presidente da República**  
**Michel Temer**

**Ministro da Justiça**  
**José Eduardo Cardozo**

**Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas**  
**Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte**



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**

## **A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede da Atenção Primária à Saúde: módulo 7**

Coordenação do módulo: Fabiane Minozzo e Samantha Pereira França

**4ª Edição**

**Brasília**  
**2011**



SUPERA - Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento  
Coordenação de Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

© 2011 Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, Departamento de Psicobiologia, Departamento de Informática em Saúde - Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

Disponível em: CD-ROM  
Disponível também em: <http://www.supera.senad.gov.br>  
Tiragem desta edição: 6.000 exemplares  
Impresso no Brasil/ Printed in Brazil  
Edição: 2011

#### Elaboração, distribuição e informações:

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD  
Esplanada dos Ministérios, Bloco T, Anexo II, 2º andar, sala 205 Brasília/DF. Cep 70604-900  
www.senad.gov.br  
Unidade de Dependência de Drogas (UDED) - Departamento de Psicobiologia - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)  
Rua Napoleão de Barros, 1038 - Vila Clementino - 04024-003 - São Paulo. SP

Linha direta SUPERA  
0800 777 8778

Homepage: www.supera.senad.gov.br  
e-mail: faleconosco.supera4@supera.org.br

#### Equipe Editorial

##### Supervisão Técnica e Científica

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte  
Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

##### Revisão de Conteúdo

##### Equipe técnica - SENAD

Carla Dalbosco  
Aldo Costa Azevedo  
Andrea Donatti Gallassi  
Patrícia Santana Santos  
Iza Cristina Justino

##### Equipe técnica - UNIFESP

Denise De Micheli  
Eroy A. Silva  
Keith Machado Soares  
Monica Parente Ramos  
Yone G. Moura

##### Supervisão dos Tutores

Andre Luiz Monezi Andrade  
Giovana Camila de Macedo  
Iracema Francisco Frade  
Karina Possa Abrahão

##### Desenvolvimento da Tecnologia de Educação a Distância

Departamento de Informática em Saúde da UNIFESP  
Laboratório de Educação a Distância (LED-DIS)  
Supervisão: Monica Parente Ramos  
Equipes: Educação, Tecnologia, Pesquisa e Avaliação  
Projeto gráfico: Sílvia Cabral

D479 A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede da  
Atenção Primária à Saúde: módulo 7 / coordenação do módulo Fabiane  
Minozzo, Samantha Pereira França. – 2. ed. – Brasília : Secretaria  
Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.  
86p. – (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de  
substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção  
social e Acompanhamento / coordenação geral Paulina do Carmo Arruda  
Vieira Duarte, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni)

ISBN 978-85-60662-56-2

1. Transtornos relacionados ao uso de substâncias/prevenção e controle  
I. Minozzo, Fabiane Il. França, Samantha Pereira Il. Duarte, Paulina do  
Carmo Arruda Vieira Il. Formigoni, Maria Lucia Oliveira de Souza  
V. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas VI. Série.

CDD – 615.7883

## 7 A DETECÇÃO E O ATENDIMENTO A PESSOAS USUÁRIAS DE DROGAS NA REDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: MÓDULO 7

Coordenação: Fabiane Minozzo e Samantha Pereira França

### SUMÁRIO

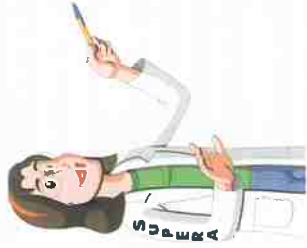
|                                                                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Objetivos de ensino.....                                                                                                               | 1  |
| CAPÍTULO 1: Conceitos em Atenção Primária e Saúde da Família.....                                                                      | 2  |
| Introdução.....                                                                                                                        | 2  |
| A estratégia Saúde da Família.....                                                                                                     | 4  |
| Os princípios organizativos da estratégia Saúde da Família.....                                                                        | 6  |
| A reorganização da Atenção Primária a partir da Saúde da Família.....                                                                  | 6  |
| Bibliografia.....                                                                                                                      | 8  |
| Atividades.....                                                                                                                        | 9  |
| CAPÍTULO 2: Panorama Saúde da Família - Brasil/2009.....                                                                               | 11 |
| Introdução.....                                                                                                                        | 11 |
| Responsabilidades.....                                                                                                                 | 11 |
| O processo de trabalho.....                                                                                                            | 12 |
| Cobertura Estratégica Saúde da Família (SF).....                                                                                       | 14 |
| Resultados da Estratégia Saúde da Família.....                                                                                         | 15 |
| Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) da Estratégia Saúde da Família.....                                                       | 17 |
| Bibliografia.....                                                                                                                      | 19 |
| Atividades.....                                                                                                                        | 20 |
| CAPÍTULO 3: Ações e Programas.....                                                                                                     | 21 |
| Introdução.....                                                                                                                        | 21 |
| Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).....                                                                                        | 22 |
| Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS).....                                                    | 25 |
| O Programa Saúde na Escola (PSE).....                                                                                                  | 29 |
| Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS).....                                                                                    | 32 |
| A Política Nacional de Promoção da Saúde.....                                                                                          | 33 |
| Programa Nacional de Segurança Pública Com Cidadania (PRONASCI).....                                                                   | 36 |
| Bibliografia.....                                                                                                                      | 37 |
| Atividades.....                                                                                                                        | 38 |
| CAPÍTULO 4: Abordagem Familiar: cuidado às famílias com pessoas que usam álcool e outras drogas pelas equipes de Saúde da Família..... | 40 |
| Introdução.....                                                                                                                        | 40 |
| O que define a família?.....                                                                                                           | 42 |
| Cuidando das famílias.....                                                                                                             | 43 |
| Famílias com pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.....                                                                      | 44 |
| Equipes de Atenção Primária à Saúde: espaço vivo de cuidado às famílias com pessoas que usam álcool e outras drogas.....               | 46 |
| Ferramentas de Abordagem Familiar.....                                                                                                 | 49 |
| Bibliografia.....                                                                                                                      | 56 |
| Atividades.....                                                                                                                        | 58 |

|                                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| CAPÍTULO 5: Saúde Mental, Atenção Primária e Integralidade                                   | 59 |
| Introdução                                                                                   | 59 |
| Cenário Atual                                                                                | 62 |
| Saúde Mental na Atenção Primária: diretrizes e prioridades                                   | 63 |
| Articulação das equipes de Saúde da Família com a rede de serviços de Saúde Mental           | 66 |
| Bibliografia                                                                                 | 68 |
| Atividades                                                                                   | 70 |
| CAPÍTULO 6: Redução de danos na Atenção Primária à Saúde: construindo a potência do encontro | 72 |
| Introdução                                                                                   | 72 |
| Redução de danos e Atenção Primária à Saúde encontros possíveis                              | 75 |
| Bibliografia                                                                                 | 83 |
| Atividades                                                                                   | 84 |

## OBJETIVOS DE ENSINO

### Ao final do módulo, os participantes do curso deverão estar aptos a:

- Compreender os princípios que orientam a Atenção Primária a Saúde.
- Identificar as possibilidades de reorganização da atenção primária a partir da saúde da família.
- Caracterizar a Política Nacional de Atenção Básica – áreas estratégicas e responsabilidades.
- Conhecer diferentes ações e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e seus parceiros para atenção primária à saúde.
- Identificar as características do cuidado com a família com pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas e as formas de atuação da equipe de saúde da família.
- Enumerar as características da Política Nacional de Saúde Mental do SUS, considerando suas diretrizes e prioridades, e as possibilidades de articulação entre as ações de saúde da família e os serviços de saúde mental.
- Analisar as características históricas e conceituais da redução de danos e relacionar as ações de redução de danos à atenção primária à saúde.



- Conceitos em Atenção Primária e Saúde da Família
- Panorama Saúde da Família - Brasil/2009
- Ações e Programas
- Abordagem Familiar: cuidado às famílias com pessoas que usam álcool e outras drogas pelas equipes de Saúde da Família
- Saúde Mental, Atenção Primária e Integralidade
- Redução de danos na Atenção Primária à Saúde: construindo a potência do encontro



## Tópicos

1. Introdução
2. A estratégia Saúde da Família
3. Os princípios organizativos da estratégia Saúde da Família
4. A reorganização da Atenção Primária a partir da Saúde da Família

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem alcançando progressivamente mais espaço de discussão no cenário mundial das Políticas de Saúde, a partir da Conferência de Alma Ata em 1978, quando foi definida como importante estratégia para diminuir as iniquidades dos serviços de saúde.

Os serviços de Atenção Primária à Saúde se constituem enquanto porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde - SUS, local onde são identificadas e coordenadas as respostas para as necessidades de saúde das pessoas, suas famílias e comunidades, onde se incluem os cuidados essenciais de:

- Promoção;
- Proteção;
- Reabilitação e manutenção da saúde;
- Prevenção de agravos;
- Diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde mais comuns e relevantes da população.

De acordo com Starfield (2002) a Atenção Primária à Saúde possui quatro atributos essenciais.

- **Primeiro contato** – implica a acessibilidade e o uso do serviço a toda população, sempre que houver alguma necessidade de saúde. As Unidades Básicas de Saúde devem ser os lugares em que as pessoas procuram inicialmente nessas situações, devido à facilidade de acesso.
- **Longitudinalidade** – requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo. As relações entre a equipe de saúde e os usuários na Atenção Primária são contínuas e de longa duração, independentemente da presença ou ausência de problemas de saúde. Isso significa uma atenção e cuidado personalizados ao longo do tempo. As pessoas recebem acompanhamento durante todo o ciclo da vida: nascimento, infância, adolescência e juventude, idade adulta e no processo de envelhecimento.
- **Integralidade** – supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de ações que atendam as necessidades mais comuns da população adscrita e a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde. Implica, então, realizar a atenção integrando ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, promovendo acesso aos diferentes níveis de atenção e ofertando respostas ao conjunto de necessidades de saúde de uma comunidade e não apenas a um recorte de problemas.

- **Coordenação da atenção** – implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, pela equipe de saúde, com reconhecimento dos problemas que requerem seguimento em outros pontos da rede. Coordenar as ações de saúde, considerando a história anterior de atenção ao usuário (terapias ou ações já utilizadas) e as necessidades do presente, atuando com o compromisso de buscar a resolução dos problemas e prestar atenção continuada à pessoa/família, mesmo nos casos de encaminhamento a outros níveis de atenção, atuando de forma integrada com os profissionais dos serviços especializados§.

Os serviços de Atenção Primária à Saúde são os únicos que contemplam os 4 atributos conjuntamente.

## Princípios e valores que orientam o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde:

- **Universalidade** – possibilitar o acesso universal e contínuo a ações e serviços de saúde de qualidade e resolutivos;
- **Territorialização** – delimitar e conhecer o território de atuação, mapeando no espaço local os recursos e formas de organização da comunidade, as diferenças, desigualdades e riscos nas microáreas; identificar indivíduos, famílias ou grupos com maior vulnerabilidade e/ou risco;
- **Adscrição de clientela** – definir e registrar as populações, de territórios delimitados, sobre as quais a equipe (profissionais e serviços de referência) terá responsabilidade sanitária;
- **Acessibilidade** - é uma característica que favorece o alcance das ações e dos serviços de saúde pelo usuário. É influenciada por um conjunto de fatores: localização do estabelecimento, horário e dias de atendimento, capacidade de atendimento de demanda espontânea, entre outros. Isso significa que na instalação e organização dos serviços de atenção básica é preciso pensar em sua localização e distribuição no território, bem como em todos os outros aspectos da organização que facilitarão o alcance das ações pela comunidade;
- **Vínculo** – estabelecer relação entre o profissional e o usuário, família, comunidade, baseada na ética, na corresponsabilidade, no respeito e na confiança. A constituição de vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. A base do vínculo para a equipe é o compromisso com a saúde daqueles que a procuram, ou são por ela procurados;
- **Responsabilização** – a equipe é responsável pelo planejamento, execução e avaliação das ações de saúde realizadas para a população de determinado território, atuando com compromisso e de forma pró-ativa;
- **Humanização** – valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, considerando a dimensão subjetiva das práticas de saúde. A autonomia, o protagonismo, a corresponsabilidade, o acolhimento, o estabelecimento de vínculos, a participação da comunidade e a qualidade da atenção são alguns dos valores que envolvem esse princípio;
- **Equidade** – a partir da identificação de riscos e vulnerabilidades, planejar e desenvolver ações de forma justa, de acordo com as necessidades identificadas na comunidade – os recursos e esforços das equipes de saúde devem ser direcionados em maior proporção àqueles que precisam mais ou estão em maior risco de adoecer/morrer, sem prejuízo da atenção à população adscrita como um todo;
- **Participação social** - a atenção básica, por todas as suas características, possui uma posição privilegiada para ouvir o usuário, estimular a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, valorizar e fortalecer a participação efetiva da população nos processos de planejamento e decisão no âmbito da gestão e da atenção em saúde.



### Sistemas de saúde orientados pela Atenção Primária à Saúde

Na constituição de sistemas de saúde, a Atenção Primária à Saúde é concebida como responsável pela provisão de serviços de saúde integrados e acessíveis, prestados por profissionais responsáveis por atender às necessidades de saúde da população, desenvolvendo uma parceria com os usuários e exercitando sua prática no contexto das famílias e da comunidade.

A Organização Mundial da Saúde, em seu relatório sobre a saúde no mundo (2003), propõe o modelo de sistema de saúde baseado na Atenção Primária à Saúde. Esse sistema de saúde é orientado pelos princípios de Alma-Ata de equidade, acesso universal, participação da comunidade e ação intersectorial; é centrado nas questões sanitárias; cria condições necessárias para assegurar a oferta de serviços; organiza a atenção integrada e avalia continuamente a situação de saúde buscando a melhoria do desempenho do sistema.

Nas redes de atenção à saúde, a Atenção Primária à Saúde deve cumprir três funções:

- **Resolução** – consiste em organizar a maioria dos problemas de saúde;
- **Coordenação** – relacionada com a organização dos fluxos e contrafluxos das pessoas nos diversos pontos da rede, desempenhando uma função de centro de comunicação;
- **Corresponsabilização** – consiste na corresponsabilização pela saúde das pessoas em quaisquer pontos da rede em que recebem atenção

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (2005), o desenvolvimento de sistemas de saúde baseados na APS se constitui no melhor enfoque para produzir uma melhoria sustentável e equitativa na saúde. A APS é definida com uma forma de organização e operação dos sistemas de saúde que tem como principal objetivo o direito à saúde, bem como a equidade e a solidariedade.

Evidências internacionais demonstram que sistemas de saúde organizados com base na APS apresentam melhores resultados, são mais equitativos e eficientes, geram menores custos e produzem mais satisfação dos usuários, quando comparados com sistemas de baixa orientação pela APS.

### A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Saúde da Família, estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Primária no Brasil, busca a ampliação do acesso e a qualificação das ações, mediante a reorientação das práticas profissionais de saúde.

Nessa estratégia, o cuidado tem como foco a família.

Parte-se da compreensão de que os modos de viver influenciam fortemente a saúde e a doença. Assim, a família, com suas diferentes formas de organização, relacionamentos, cuidados diários, costumes, normas e valores, tem papel fundamental na construção social da situação de saúde e de desenvolvimento humano, não desconsiderando outros fatores. O restabelecimento ou a manutenção da saúde se dá por meio do cuidado e, cotidianamente, a família é provedora de cuidados.

### Formação da equipe

Cada equipe de Saúde da Família é formada por uma equipe mínima, composta por:

- Um médico generalista ou médico de família e comunidade;
- Um enfermeiro;
- Um técnico de enfermagem;
- Agentes comunitários de saúde.

A equipe Saúde da Família atuará em um determinado território e será responsável pelos cuidados de saúde de uma população de no máximo 4.000 pessoas. Porém, a média recomendada pela Política Nacional de Atenção Básica é de 3.000 pessoas por equipe.

### A equipe Saúde da Família é responsável por:

- Buscar conhecer o território em vários aspectos - população/famílias (número total, quantidade por faixa-etária, distribuição no território, condições de vida e saúde, vulnerabilidades e riscos) ambiente e contexto sócioeconômico e cultural;
- Planejar com base na realidade local;
- Realizar ações de saúde, priorizando as que solucionam os problemas de maior frequência e relevância;
- Desenvolver atenção integral, contínua e humanizada;
- Atuar como reguladora do sistema, encaminhando as pessoas para outros níveis de atenção, quando houver real necessidade, mantendo a coordenação do cuidado;
- Realizar o primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas e estar sempre preparada para atender as demandas clínicas da população residente em sua área de abrangência, na medida em que elas aparecem;
- Avaliar ações e indicadores de saúde no seu território;
- Estimular a participação social.

O fortalecimento dessa estratégia precisa ser sustentado por um processo político e administrativo, que permita a real substituição do modelo de Atenção, desenvolvido nos serviços tradicionais dos municípios, por um modelo com capacidade de produção de resultados positivos na situação de saúde e de qualidade de vida da população assistida.



## OS PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A estratégia SF, como modelo de Atenção Primária, se organiza de acordo com os preceitos do SUS. Além dos princípios gerais da Atenção Primária, a estratégia SF possui algumas **características particulares**:

- **Abordagem comunitária:** o trabalho da equipe multiprofissional pauta-se na dimensão do cuidado familiar, considerando os diferentes contextos em que a população vive – domicílios, espaços comunitários, de trabalho e outros. A equipe integra uma rede de suporte à comunidade, estabelecendo uma relação de mútua confiança que favorece a construção de vínculo;
- **Orientação familiar:** a relação da equipe de saúde com a família é o foco central da estratégia. Os profissionais das equipes de Saúde da Família devem ter postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença, compreendendo a grande influência do ambiente, a estrutura e a dinâmica familiar nesse processo. As equipes devem priorizar a abordagem integral, buscando compreender a família de forma sistêmica, como espaço de desenvolvimento individual e de grupo, dinâmico e passível de crises;
- **Competência cultural:** os profissionais necessitam ter outros conhecimentos e habilidades, para além do campo das disciplinas acadêmicas da área de saúde, que envolvem relacionamentos, capacidade de escuta e de manejar situações adversas, desenvolvimento de trabalho em equipe, estabelecimento de parcerias, comprometimento com os usuários, respeitando os modos de viver dos indivíduos e famílias;
- **O profissional é fonte de recursos para uma população definida:** ele se sente corresponsável pela melhoria da qualidade de vida da comunidade, sendo um aliado na busca de recursos. Advoga em favor da comunidade e mantém a interface com os diferentes setores da área social.

## A REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A PARTIR DA SAÚDE DA FAMÍLIA

A organização da Atenção Primária, a partir da estratégia Saúde da Família visa:

- Melhorar a qualidade e a eficiência da assistência;
- Melhorar as condições de saúde da população;
- Aproximá-la dos serviços de saúde.

Esse novo modelo de organização, propiciado pela estratégia de Saúde da Família:

- É capaz de solucionar os problemas mais comuns e mais frequentes da população;
- Alcança melhores resultados no controle das doenças crônicas e de suas complicações, na prevenção de doenças e incapacidades, assim como na diminuição da solicitação de exames desnecessários e na racionalização dos encaminhamentos para os outros níveis de atenção;
- Reduz a procura direta aos atendimentos de urgência e hospitalais.

A comunidade, e não somente a unidade de saúde, constitui o espaço de atuação das equipes.

As pessoas podem receber atenção, em suas casas ou em espaços comunitários, possibilitando a abordagem não apenas de questões de **saúde individual ou familiar**, mas de **problemas e dificuldades da comunidade**, o que favorece o alcance de resultados em saúde melhores do que aqueles conseguidos por abordagens tradicionais. Assim é possível:

- Estimular hábitos de vida saudáveis;
- Atuar sobre os fatores de risco para algumas doenças;
- Identificar e tratar as doenças em um estágio inicial;
- Participar da recuperação das pessoas doentes, auxiliando-as a retornar às suas atividades com o máximo possível de independência.



### IMPORTANTE!

A Atenção Primária à Saúde, ao considerar o sujeito na sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, encontra interface com outras políticas públicas que, numa ação sinérgica, atuam na melhoria da qualidade de vida da população.

### BIBLIOGRAFIA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Mendes EV. Agora mais que nunca: uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema de Saúde. I Caderno de Apresentação: Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2009. p. 54 -76.

Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

Organización Mundial de La Salud. Informe sobre La Salud en el Mundo: forjemos el futuro. Ginebra: Organización Mundial de La Salud; 2003.

Pan American Healt Organization. Renewing primary healt care in the Américas: a position paper of the Pan American Health Organization. Washington: PAHO; 2005.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/ UNESCO; 2002.

### ATIVIDADES

#### Teste seu conhecimento

- A Atenção Primária à Saúde possui atributos próprios. Marque a alternativa que contempla CORRETAMENTE os quatro atributos:  
  - a) Controle Social, Vínculo, Responsabilização e Primeiro Contato
  - b) Primeiro Contato, Integralidade, Longitudinalidade e Coordenação da atenção
  - c) Integralidade, Participação Social, Afeto e Continuidade
  - d) Primeiro Contato, Longitudinalidade, Orientação Familiar e Afeto
- Assinale (V) para as alternativas Verdadeiras e (F) para as alternativas Falsas:  
  - ( ) a) A Atenção Primária à Saúde consiste na porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde, local onde são identificadas as necessidades de saúde das pessoas, suas famílias e comunidades e são coordenadas as respostas a estas necessidades
  - ( ) b) Nas redes de atenção à saúde, a Atenção Primária à Saúde deve cumprir as funções de Resolução, Coordenação e Responsabilização
  - ( ) c) O desenvolvimento de sistemas de saúde baseados na Atenção Primária à Saúde é o melhor enfoque para produzir uma melhoria sustentável e equitativa na saúde
  - ( ) d) Os cuidados realizados pela Atenção Primária à Saúde não são considerados complexos, porque não necessitam de uma abordagem ampliada dos indivíduos, da família, da comunidade e do contexto em que as pessoas vivem

Agora responda a alternativa que apresenta a sequência correta:

- a) F; V; V; F
- b) F; F; V; F
- c) V; V; F; V
- d) V; V; V; V
- e) V; V; V e F

- Assinale a alternativa INCORRETA sobre as responsabilidades da equipe de Saúde da Família:

- a) Conhecer o território em seus vários aspectos - população/famílias (número total, quantidade por faixa-etária, distribuição no território, condições de vida e saúde, vulnerabilidades e riscos) ambiente e contexto sócioeconômico e cultural
- b) Desenvolver atenção integral, contínua e humanizada e realizar ações de saúde, priorizando as que solucionam os problemas de maior frequência e relevância
- c) Não é de sua responsabilidade realizar atendimento às urgências médicas e odontológicas e atender as demandas clínicas da população residente em sua área de abrangência.
- d) Avaliar ações e indicadores de saúde no seu território e estimular a participação social





4. Leia com atenção as seguintes afirmativas sobre a Estratégia Saúde da Família:

1. A Saúde da Família é a estratégia prioritizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Primária no Brasil
2. Cada equipe de Saúde da Família é composta por, no mínimo, um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde
3. Dentre as características particulares da Estratégia Saúde da Família destaca-se: abordagem comunitária, orientação familiar, competência cultural e profissional de saúde entendido como fonte de recursos para uma população definida
4. A organização da Atenção Primária, a partir da Estratégia Saúde da Família, busca melhorar a qualidade e a eficiência da assistência, melhorar as condições de saúde da população, aproximá-la dos serviços de saúde

Agora responda:

- a) Somente as afirmações 1 e 4 estão corretas
- b) Somente as afirmações 2 e 3 estão erradas
- c) Somente as afirmações 1, 2 e 3 estão corretas
- d) Somente as afirmações 1, 2 e 4 estão erradas
- e) Todas as afirmações estão corretas

Tópicos

1. Introdução
2. Responsabilidades
3. O processo de trabalho
4. Cobertura Estratégica Saúde da Família
5. Resultados
6. Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família - AMQ

INTRODUÇÃO

A Saúde da Família tornou-se a estratégia prioritária para reorganização da Atenção Primária à Saúde no Brasil, por meio da Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006<sup>1</sup>. Esta aprovou a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica no Brasil.

Áreas estratégicas para atuação da Atenção Básica em todo o território nacional:

- Eliminação da hanseníase;
- Controle da tuberculose;
- Controle da hipertensão arterial;
- Controle do diabetes;
- Eliminação da desnutrição infantil;
- Saúde da criança;
- Saúde da mulher;
- Saúde do idoso;
- Saúde bucal;
- Promoção da saúde.

RESPONSABILIDADES

As responsabilidades de cada esfera de governo também foram definidas pela Portaria 648 da seguinte forma:

1. Os municípios e o Distrito Federal, como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica, pela organização e execução das ações em seu território;
2. As Secretarias Estaduais de Saúde cabe o apoio aos municípios na reorganização da Atenção Básica a partir da estratégia Saúde da Família, assim como a destinação de recursos para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, bem como o monitoramento e a avaliação do desenvolvimento da Saúde da Família nos municípios;

<sup>1</sup><http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>



- 13

- Cada um dos ACS deve ser responsável por no máximo 750 pessoas.**









liberaria a força de trabalho feminina para o mercado. Entre os homens, os maiores efeitos foram observados na faixa etária de 41 a 55 anos, e o aumento da ocupação seria explicado pela melhoria do acesso a serviços de saúde para um grupo populacional em que a empregabilidade torna-se mais vulnerável às condições de saúde.

O resultado de aumento de crianças e adolescentes matriculados nas escolas pode auxiliar para um maior acesso a informações sobre os aspectos positivos (efeitos de prazer) e as consequências negativas do uso de álcool e outras drogas. A escola é um espaço privilegiado na realização de ações de saúde voltadas aos jovens, pois ela agrega grande parte dos adolescentes da comunidade, é um espaço de construção, socialização, formação e informação sendo o lugar onde eles passam a maior parte do seu tempo.

Já o resultado de aumento da ocupação pode produzir efeitos importantes na qualidade de vida dos adultos, na melhoria da sua autoestima, na sua valorização pessoal e social e o prazer gerado pelo trabalho pode auxiliar na redução do uso de abusivo de álcool e outras drogas.

A análise de outros indicadores de saúde aponta que o impacto da Estratégia Saúde da Família tem sido mais significativo em duas situações: em municípios com maior cobertura pela ESF e naqueles com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Observa-se resultados significativos na saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto, saúde do idoso, saúde bucal, dentre outros.

Ainda, cerca de 30% das internações hospitalares poderiam ser evitadas pela Atenção Primária, representando 15% do gasto público total em saúde. Enquanto o custo médio desses tratamentos em ambiente hospitalar é de US\$374, seria de US\$17 em unidades básicas de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família também vem assumindo papel importante na organização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, ao promover a integralidade no acesso ao sistema de saúde, a coordenação do cuidado e a articulação intersetorial. Os resultados dessa atuação estão sendo documentados em estudos como o de Giovannella (2008) que, por meio de quatro estudos de caso em grandes centros urbanos que contam com quase 70% de cobertura de Saúde da Família, analisou a posição da ESF na rede assistencial, em termos de integração da rede de serviços, continuidade da atenção e intersectorialidade. Participaram dessa pesquisa gestores, profissionais de saúde e famílias.

Os esforços para integrar a Estratégia Saúde da Família à rede de serviços foram avaliados positivamente pelos gestores entrevistados e reconhecidos pelos profissionais e famílias. O estudo reconhece as potencialidades da Saúde da Família ao ser implementada em uma perspectiva que reorienta a organização do sistema de saúde para garantia do direito universal à saúde. Entre as iniciativas mais exitosas para promover a integração da rede são apontadas:

- Investimentos em tecnologias de informação e comunicação (implantação de sistemas informatizados de regulação e prontuários eletrônicos).
- Constituição de fóruns integrados de discussão entre a atenção primária e a especializada;
- Telemedicina;
- Apoio matricial.

Integralidade, coordenação do cuidado e articulação intersectorial são aspectos fundamentais para uma atenção efetiva à saúde. No que se refere ao cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, são aspectos importantes, como no caso das situações complexas que se apresentam para as equipes de Saúde da Família. Por exemplo, de um usuário de drogas que em dado momento precisa de uma contenção de crise, o que exigirá o apoio de outras equipes, tecnologias, serviços e instituições, com a responsabilização das equipes de SF pela coordenação do cuidado. Nesse caso, torna-se fundamental o trabalho articulado à rede de saúde em geral e a outros recursos intersectoriais e da comunidade, bem como, a solicitação do apoio matricial dos profissionais de saúde mental, que pode ser oferecido através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF ou de outras formas de organização municipal.

Enfim, estudos e pesquisas apontam que a Estratégia Saúde da Família tem alcançado excelentes resultados, especialmente nos municípios com maior cobertura. Um dos seus maiores efeitos é a ampliação do acesso aos serviços de saúde para populações economicamente menos favorecidas e historicamente excluídas.

## AValiação para melhoria da qualidade (AMQ) da estratégia saúde da família

O projeto foi desenvolvido considerando a necessidade de avaliação da qualidade da atenção à saúde, frente à expansão da Estratégia Saúde da Família. O projeto tem como diretrizes a livre adesão pelos gestores municipais e pelas equipes de Saúde da Família e a ausência de sanções relacionadas aos resultados.

Como subsídio para a avaliação, o AMQ propõe cadernos autoavaliativos destinados aos Gestores Municipais da Saúde; Coordenadores, Responsáveis pela Unidade e Profissionais da equipe de Saúde da Família. Esses cadernos são compostos por padrões de qualidade distribuídos em cinco estágios incrementais elementar, desenvolvimento, consolidada, boa e avançada.

Os padrões foram construídos em parceria com as áreas técnicas do Ministério da Saúde, dentre elas a Coordenação de Saúde Mental, com apoio de especialistas em avaliação, instituições de ensino e pesquisa e consultores internacionais. Foram validados em 25 municípios na tentativa de contemplar as diferentes realidades brasileiras, como porte populacional, tempo de implantação da estratégia saúde da família, região geográfica, dentre outras.

Além disso, o projeto propõe a realização de um ciclo de melhoria da qualidade, que é composto de momentos avaliativos e suas respectivas etapas de intervenção, nas quais o profissional de saúde é ator do processo de reflexão e de mudança do seu processo de trabalho.

O AMQ busca avançar na consolidação da estratégia SF, oferecendo uma ferramenta crítico-reflexiva, para que a gestão e as equipes de SF possam trabalhar em consonância com os princípios do SUS, da estratégia SF e da melhoria da qualidade propriamente dita, que têm se configurado como desafios de todos os atores envolvidos na Atenção Primária.

Por seu caráter pedagógico, a implantação do AMQ orienta as equipes Saúde da Família na realização de várias ações, dentre elas algumas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Seguem exemplos de padrões vinculados a tais ações, presentes nos cadernos das equipes de Saúde da Família:

|                                                                                                                                                                                                                           |   |                                                                                                                                                       |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 4.54                                                                                                                                                                                                                      | A | É realizado o acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos e fortalecimento da rede social e comunitária. | (S) (N) |
| O padrão refere-se à ESF conhecer as perspectivas de redução de danos e fortalecimento da rede social e comunitária e acompanhar os usuários de álcool e drogas que estão em tratamento pela referência.                  |   |                                                                                                                                                       |         |
| 5.61                                                                                                                                                                                                                      | B | A ESF mantém acompanhamento do tratamento pela referência dos usuários de álcool e outras drogas.                                                     | (S) (N) |
| O padrão refere-se à ESF conhecer os usuários de drogas do seu território que estão sendo atendidos pela referência, mantendo acompanhamento por meio de VD ou consultas na USF, de maneira integrada com a Saúde Mental. |   |                                                                                                                                                       |         |

A partir do banco de dados digital do AMQ, a seguir apresenta-se resultados quanto à adesão dos municípios ao projeto AMQ e análise dos resultados dos padrões de qualidade exemplificados. Para tal, compara-se as respostas positivas do primeiro e do segundo momentos avaliativos, das equipes de saúde da família que responderam as duas autoavaliações.

Em março de 2010, 1.091 municípios estavam cadastrados no AMQ, representando 21% dos municípios brasileiros com a Estratégia Saúde da Família. Destes, 246 finalizaram a primeira autoavaliação, representados por 2.090 equipes de SF, e 83 a segunda, representados por 952 equipes, sendo destas que se obteve a análise dos padrões apresentada a seguir.



Comparação entre 1º e 2º momento avaliativo, dos padrões referentes às ações com usuários de álcool e outras drogas - Equipes de Saúde da Família. Brasil, Março/2010.

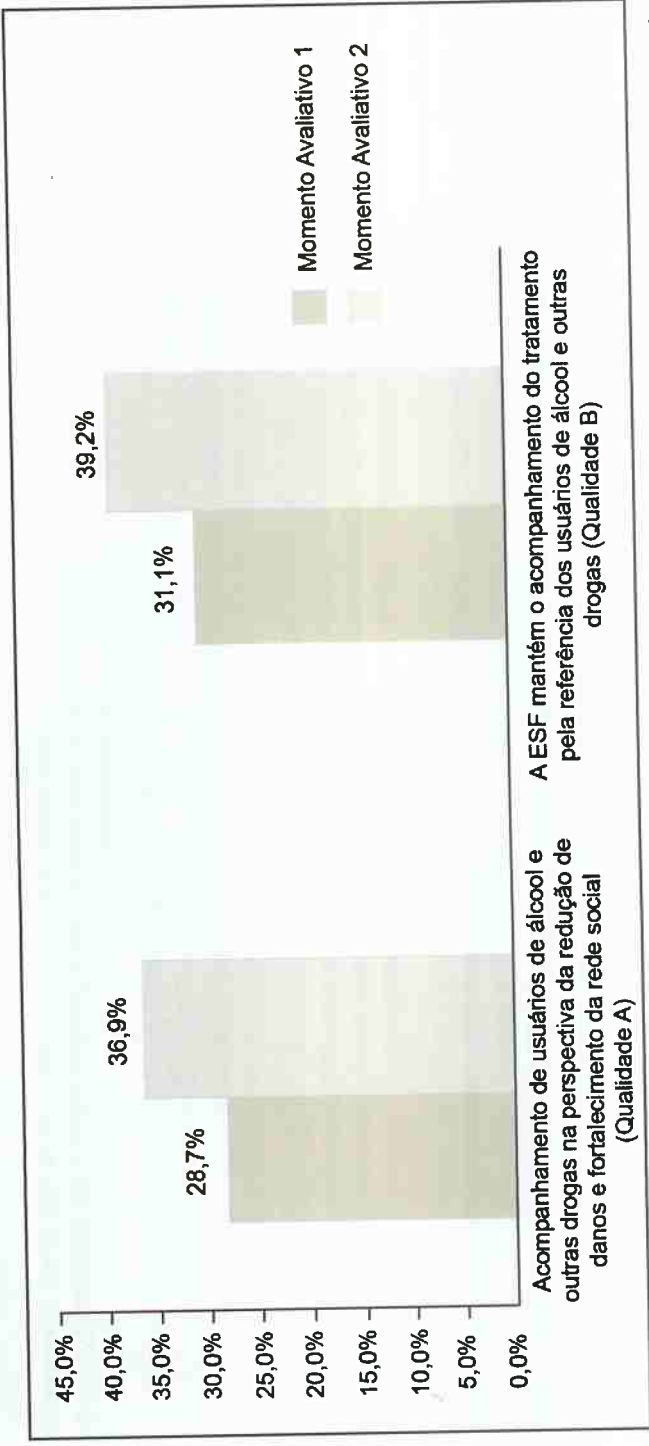


Figura 2- Comparação entre 1º e 2º momento avaliativo, dos padrões referentes às ações das equipes de saúde da família com usuários de álcool e outras drogas. Brasil, Março 2010. Fonte: Aplicativo Digital AMQ, março de 2010.

De acordo com os resultados apresentados, o percentual de respostas positivas do segundo momento avaliativo aumentou nos dois padrões selecionados, o que indica uma preocupação das equipes de saúde da família com a melhoria da qualidade das ações com os usuários de álcool e drogas.

Os resultados também indicam que ainda é incipiente a realização de ações na perspectiva da redução de danos, bem como o acompanhamento pelas equipes de saúde da família dos usuários de álcool e outras drogas atendidos pelos serviços de referência. O percentual de respostas positivas, nesses dois padrões, tanto no primeiro quanto no segundo momento avaliativo, não ultrapassou 40%. Sendo assim, torna-se importante que as equipes de saúde da família invistam nessas ações.

Destaca-se que, além dessas ações exemplificadas, o desenvolvimento de outras atividades pelas equipes de saúde da família é fundamental, tais como a identificação, acompanhamento e coordenação do cuidado dos usuários que apresentam problemas devido ao uso de álcool e outras drogas de seu território. Considera-se a importância da abordagem familiar, além de atividades de prevenção ao uso e dos problemas relacionados, as ações de promoção da saúde e a articulação com outros serviços e setores.

Para conhecer mais sobre o Projeto AMQ, acesse o site: <http://www.saude.gov.br/amq>

BIBLIOGRAFIA

Brasil. Ministério da Saúde. SAS. DAB. Saúde da Família no Brasil: Uma análise de indicadores selecionados. 1998-2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de Atenção primária à saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2009;14(3):783-94.

Macinko J. Analysis of the Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2007). Draft Text. New York: New York University; 2009.

Sampaio LFR. Debate sobre o artigo de Conill. Cad Saúde Pública. 2008;24(supl.2):S19-s21.

Sanchez ZM, Oliveira LG, Nappo SA. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. Rev Saúde Pública. 2005;39(4):599-605.

World Bank 2005. Brazil: Addressing the challenge of non-communicable diseases in Brazil. Report no Relatório n. 32576-BR. [Banco Mundial 2005. Brasil - Tratando do desafio das doenças não transmissíveis no Brasil. Relatório no 32576-BR.



## ATIVIDADES

### Teste seu conhecimento

1. Sobre o trabalho das equipes de Saúde da Família, marque a alternativa INCORRETA:
  - a) A jornada de trabalho dos profissionais da Equipe mínima da Saúde da Família, definida pela Política Nacional de Atenção Básica, é de 40 horas semanais
  - b) Cada Equipe Saúde da Família é responsável, em média, por 12.000 pessoas
  - c) A Equipe mínima da Saúde da Família é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde
  - d) Cada Agente Comunitário de Saúde deve ser responsável por no máximo 750 pessoas
2. Qual a alternativa apresenta a informação CORRETA sobre a responsabilidade da respectiva esfera de governo, no que se refere à Atenção Básica, tendo como base a Política Nacional de Atenção Básica:
  - a) Os municípios são responsáveis pelo planejamento da política de Atenção Básica.
  - b) As Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pelo apoio aos municípios na reorganização da Atenção Básica a partir da estratégia Saúde da Família, pela destinação de recursos para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, pelo monitoramento e avaliação do desenvolvimento da Saúde da Família nos municípios.
  - c) O Ministério da Saúde é responsável pela execução das ações no território.
  - d) Aos municípios e ao Distrito Federal cabe estabelecer diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de capacitação e educação permanente dos profissionais da Atenção Básica



## Tópicos

1. Introdução
2. Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)
3. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS)
4. O Programa Saúde na Escola (PSE)
5. Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS)
6. Política Nacional de Promoção da Saúde
7. Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI)

## INTRODUÇÃO

Dentre as características do trabalho das equipes da **Estratégia Saúde da Família**, destaca-se seu papel na construção de parcerias, na integração de projetos sociais, no desenvolvimento de ações intersetoriais e na promoção de hábitos saudáveis. Além disso, destacam-se a prevenção do uso de tabaco, álcool e outras drogas, e o oferecimento de uma atenção qualificada para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas e seus familiares.

Para isso, como integrantes da rede de atenção às pessoas usuárias de álcool e outras drogas, as equipes da Atenção Primária/Saúde da Família necessitam trabalhar de maneira conjunta com os demais serviços de saúde, principalmente os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, além de setores como a Assistência Social, a Justiça, a Educação, entre outros.

As equipes de Saúde da Família devem trabalhar de maneira articulada com a sua comunidade e com as diversas instituições que a integram, entre as quais escolas, creches, hospitais, conselhos tutelares, defensoria pública e polícia. Essa parceria é essencial para que temas importantes como o uso de álcool e outras drogas sejam debatidos e refletidos de forma coletiva, auxiliando a sociedade a reduzir os estigmas e preconceitos em relação aos usuários de álcool e drogas, o que favorece o acolhimento, entendimento e enfrentamento dos danos associados com algumas formas de uso.

Assim, é fundamental que a equipe conheça o funcionamento das redes de saúde, educação e assistência, com particular atenção aos órgãos de referência para atendimento ao usuário de álcool e outras drogas. Desse modo, poderá estabelecer contatos e trabalhar de maneira integrada, constituindo juntamente com os demais serviços, uma rede de atenção aos usuários que necessitam de cuidado devido ao uso de álcool e/ou outras drogas. Essas interfaces e parcerias auxiliam a ampliação da atenção primária aos principais problemas de saúde da população.

Com o propósito de ampliar o acesso a recursos terapêuticos que eram restritos à área privada, em 2006 o Ministério da Saúde publica a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS). Ainda no apoio à ampliação da capacidade resolutiva e a qualidade do trabalho da Atenção Primária, o Ministério da Saúde criou, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, além de estabelecer parcerias com o Ministério da Justiça, através do Programa Nacional de Segurança Pública Com Cidadania (PRONASCI) e trabalhar de forma integrada com o Ministério da Educação, através do Programa de Saúde na Escola (PSE).

Neste capítulo serão apresentadas as principais características destes programas.



## NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Visando apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária, bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e de regionalização, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008<sup>2</sup>, republicada em 04 de Março de 2008. A publicação dessa portaria considerou as diversas **Políticas Nacionais** já consolidadas, como:

- Atenção Básica, com ênfase no fortalecimento da estratégia Saúde da Família;
- Promoção da Saúde;
- Integração da Pessoa com Deficiência;
- Alimentação e Nutrição;
- Saúde da Criança e do Adolescente;
- Atenção Integral à Saúde da Mulher;
- Práticas Integrativas e Complementares;
- Assistência Farmacêutica;
- Saúde Mental;
- Humanização em Saúde;
- Pessoa Idosa; e
- Política Nacional de Assistência Social.

O NASF será constituído por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que atuarão em parceria com os profissionais das equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes no qual o NASF está cadastrado.

### Modalidades dos NASF

Existem duas modalidades de NASF:

- |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NASF 1</b> | Composto por, no mínimo, cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra e Médico Psiquiatra) vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família.                                              |
| <b>NASF 2</b> | Composto por, no mínimo, três profissionais de nível superior, de ocupações não coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional), vinculado a, no mínimo, 03 equipes de Saúde da Família. É vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal. |

2 <http://www.saude.ba.gov.br/arquivos/portaria154.2008.pdf>

A definição dos profissionais que irão compor os núcleos é de **responsabilidade dos gestores municipais**, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

### Diretrizes do NASF

O NASF tem como diretrizes **centrais**:

1. A interdisciplinaridade;
2. A intersetorialidade;
3. Educação Popular em Saúde;
4. O território;
5. A integralidade;
6. O controle social;
7. A educação permanente em saúde;
8. A promoção da saúde;
9. A humanização.

A equipe do NASF e as equipes da Saúde da Família criam **espaços de discussões** para gestão do cuidado. **Exemplo:** reuniões e atendimentos conjuntos, constituindo processo de aprendizado coletivo.

O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes e tem como eixos a responsabilização, a gestão compartilhada e o apoio à coordenação do cuidado exercido pela Equipe de Saúde da Família (SF).

Considerando suas características tanto na constituição das equipes, como em seu processo de trabalho, os NASFs têm um grande potencial para auxiliar os profissionais da SF na atenção às pessoas usuárias de drogas e álcool e suas famílias.



#### IMPORTANTE:

A **ideia principal** na constituição desses núcleos é que suas equipes possam atuar matriciando e apoiando o trabalho dos profissionais das equipes, aumentando a resolutividade de suas ações e melhorando a qualidade da atenção prestada. Assim como as equipes Saúde da Família, as equipes de NASF deverão atuar no território de abrangência da equipe à qual estiverem ligadas, contribuindo com um olhar diferenciado sobre determinada comunidade e atuando junto com as equipes nas ações de saúde locais.



A organização do processo de trabalho das equipes NASF nos territórios deve se desenvolver através de:

- a) **Atendimento compartilhado**, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para os profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, orientações, espaços de reuniões, bem como consultas e intervenções conjuntas, apoio por telefone, e-mail etc.
- b) **Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias**, com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de SF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias e, quando ocorrer, o profissional do NASF continuará mantendo contato com a equipe de SF, que não se descomprometerá com o caso, ao contrário, procurará redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo NASF diretamente ao usuário, ou à família ou à comunidade.
- c) **Ações comuns nos territórios** de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF, como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc.

- b) Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias**, com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de SF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias e, quando ocorrer, o profissional do NASF continuará mantendo contato com a equipe de SF, que não se descomprometerá com o caso, ao contrário, procurará redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo NASF diretamente ao usuário, ou à família ou à comunidade.

- c) **Ações comuns nos territórios** de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF, como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc.

Para o apoio ao desenvolvimento do processo de trabalho do NASF, algumas ferramentas podem ser enumeradas, das quais são exemplos: Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST) e Pactuação do Apoio:

- **Apoio Matricial:** os profissionais irão compartilhar os seus saberes para que as Equipes de SF, sob sua responsabilidade, sejam capazes de resolver os problemas mais comuns. O Apoio tem duas dimensões:
  - **Dimensão assistencial:** é aquela que vai demandar uma ação clínica direta com os usuários;
  - **Dimensão técnico-pedagógico:** é aquela que vai demandar uma ação e apoio educativo com e para a equipe.
- **Projeto Terapêutico Singular:** consiste em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou um coletivo. É o resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com o usuário, tendo o apoio matricial como recurso a ser usado, se necessário. Pode ser estruturado através dos momentos de: diagnóstico, definição de metas, responsáveis, avaliação;
- **Projeto de Saúde no Território:** é uma estratégia das equipes de referência (equipe de SF) e de apoio (NASF) para desenvolver ações na produção da saúde no território, que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades.
- **Clínica Ampliada:** tem como objetivo produzir saúde e ampliar o grau de autonomia das pessoas. Concebe a saúde como seu objeto, considerando o risco do sujeito em seu contexto. Propõe a realização da avaliação diagnóstica considerando não só o saber clínico, mas também o contexto singular do sujeito e define a intervenção terapêutica considerando a complexidade biopsíquicosocial das demandas de saúde (PNH/MS)
- **Pactuação do Apoio em duas dimensões:**
  - Construção do Projeto do NASF em conjunto com os Gestores, Equipe de SF e Controle Social e;
  - Pactuação do processo de trabalho do NASF entre Gestores, Equipe de SF e NASF.

## Estrutura do NASF

O NASF é composto por nove áreas estratégicas sendo elas:

1. Atividade física/práticas corporais;
2. Práticas integrativas e complementares;
3. Reabilitação;
4. Alimentação e nutrição;
5. Saúde mental;
6. Serviço social;
7. Saúde da criança, do adolescente e do jovem;
8. Saúde da mulher;
9. Assistência farmacêutica.

É importante destacar que tais áreas estratégicas não se remetem a atuação específica e exclusiva de uma categoria profissional. Por exemplo: a área de alimentação e nutrição, embora seja específica do nutricionista, acarreta ações que podem e devem ser desempenhadas por outros profissionais do NASF. Assim, o que deverá definir se a ação é do nutricionista ou de outro profissional é a situação, ou seja, a necessidade da população e as características da equipe. E, assim, sucessivamente para todas as áreas estratégicas.

**POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS (PNPIC-SUS)**

A inclusão das Práticas Integrativas e Complementares - PICS - nas ações e estratégias de atenção em Saúde da Família está de acordo com os princípios de **universalidade, integralidade e equidade** que estruturam o SUS. Pressupõe o acesso democrático aos serviços de saúde por todos os cidadãos e em todos os níveis de complexidade do sistema, com ênfase na atenção básica, considerando o indivíduo na sua totalidade, respeitando as peculiaridades e necessidades individuais e coletivas.

O campo da PNPIIC contempla sistemas médicos complexos<sup>3</sup> e recursos terapêuticos<sup>4</sup>, os quais são também denominados pela Organização Mundial de Saúde – OMS – de **medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA)** (WHO, 2002). Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase em:

- Escuta acolhedora;
- Desenvolvimento do vínculo terapêutico;
- Integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a **visão ampliada do processo saúde-doença** e a **promoção global do cuidado humano**, especialmente do **autocuidado**.

3 Compreende-se por *Sistemas Médicos Complexos* as abordagens do campo da MNPC – Medicina Natural e Práticas Complementares - que possuem teorias próprias sobre o processo saúde/doença, diagnóstico e terapêutica. (LUZ.T.M. Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva, São Paulo, Editora Hucitec, 2003).

4 Compreende-se por recursos terapêuticos aqueles instrumentos utilizados nos diferentes sistemas médicos complexos.



A PNPIC contempla diretrizes e ações para inserção de serviços referentes à Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterápicos, além de Observatórios de Saúde para Termalismo Social e Medicina Antroposófica.

### Medicina tradicional chinesa

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) é uma ciência milenar, com uma racionalidade própria, que contempla o ser humano na sua integralidade e conta com um grande arsenal de recursos terapêuticos que atuam auxiliando os sujeitos no seu equilíbrio dinâmico, ativando a capacidade de autorregulação do organismo, tais como:

- Acupuntura;
- Massagem;
- Dietoterapia Chinesa;
- Fitoterapia Chinesa;
- Práticas corporais e meditativas (Automassagem ou Do-In, Lian Gong, Tai Chi Chuan, Qi Gon, entre outros).



A MTC adota as concepções de vida, do ser humano, de saúde e de adoecimento, com uma visão integrada entre corpo, mente e espírito, baseada nos princípios dos 5 elementos e do Yin e Yang.

### Homeopatia

A Homeopatia foi sistematizada nos séculos XVIII e XIX pelo médico alemão Cristiano Frederico Samuel Hahnemann (1755-1843) e deve ser compreendida como um sistema médico complexo, incluindo, semiologia, diagnose e terapêutica próprias, embora partilhando a fisiologia e anatomia da medicina moderna.

A Homeopatia contempla uma **abordagem integral e dinâmica** do processo saúde-adoecimento, com ações no campo da prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde. Por isso, **pode agora ser disponibilizada** aos moradores dos municípios brasileiros, por meio das Equipes de Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

### Plantas medicinais/Fitoterapia

A Fitoterapia é a terapêutica caracterizada pelo “uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal” (Brasil, 2006). A prática da Fitoterapia incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social. A PNPIC contempla as diretrizes e linhas de ação para sua inserção e desenvolvimento no SUS. Os serviços podem oferecer os seguintes produtos: planta medicinal “in natura”, planta medicinal seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e/ou fitoterápico industrializado, observando as exigências de regulamentação e estrutura para cada nível de complexidade, para oferta de produtos seguros, eficazes e de qualidade.

As diretrizes e linhas de ação para desenvolvimento de toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos, inclusive seu uso na rede pública de saúde, estão contempladas na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Decreto Presidencial Nº 5.813, de 22 de junho de 2006), que objetiva “garantir a população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional” (BRASIL, 2006).

### Termalismo Social/Crenoterapia

O uso das Águas Minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. Foi descrito por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica ternal.

#### Termalismo

Compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde;

#### Crenoterapia

Consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.

### Medicina Antroposófica

A medicina antroposófica (MA) foi introduzida no Brasil há aproximadamente 60 anos e apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de **base vitalista**, cujo modelo de atenção está organizado de maneira **transdisciplinar**, buscando a **integralidade** do cuidado em saúde. Os médicos antroposóficos utilizam os conhecimentos e recursos da MA como instrumentos para ampliação da clínica, tendo obtido reconhecimento de sua prática por meio do Parecer 21/93 do Conselho Federal de Medicina, em 23/11/1993<sup>5</sup>.

Entre os recursos que acompanham esta abordagem médica destaca-se o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e outros específicos da medicina antroposófica. Integrado ao trabalho médico, está prevista a atuação de outros profissionais da área da saúde, de acordo com as especificidades de cada categoria.

### Terapia Comunitária

A Terapia Comunitária é uma metodologia de intervenção com comunidades, através de encontros interpessoais e intercomunitários. Tem como objetivo:



A promoção da saúde por meio da construção de vínculos solidários, valorização das experiências de vida dos participantes, o resgate da identidade, a restauração da auto-estima e da confiança em si, a ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais.

A terapia comunitária centra a sua ação na **reflexão sobre o sofrimento causado pelas situações estressantes**. Procura criar **espaços de partilha** destes sofrimentos, digerindo uma ansiedade paralisante que traz riscos para a saúde das populações. Procura **prevenir**, promover a saúde em espaços coletivos, e não apenas combater a patologia individualmente, o que é da competência dos especialistas.

A Terapia Comunitária **acolhe, escuta, cuida e encaminha** melhor as demandas direcionadas à atenção básica e permite que só aflua para os outros níveis de atendimento aqueles casos que não foram resolvidos nesse primeiro nível de atenção.



5 [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/pn\\_pic.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/pn_pic.pdf)



### Sobre a integração das PICs na ESF

A equipe de profissionais das PICs deverá atuar em parceria com os profissionais das respectivas equipes de Saúde da Família, nos territórios sob responsabilidade destas últimas, **compartilhando suas práticas em saúde** com todos os níveis de atenção e promovendo assim a integralidade na estratégia.

Destaca-se como as **principais ações**:

- Realizar **mapeamento dos saberes populares existentes nos territórios**, com a participação de todos os sujeitos envolvidos;
- **Identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho educativo** em Práticas Integrativas e Complementares, em conjunto com as ESF;
- Realizar **planejamento participativo a partir do mapeamento de tais saberes**, de forma a contemplar a inclusão das práticas identificadas como complemento dessa construção do cuidado pela equipe multiprofissional;
- **Construir fluxos que potencializem a interação destas práticas** com aquelas já ofertadas pelas redes locais de saúde;
- **Veicular informações que visem à divulgação das práticas junto aos profissionais, gestores e população** com foco na promoção da saúde, prevenção de agravos e estímulo ao resgate do cidadão e autocuidado;
- **Incentivar a criação de espaços de inclusão social**, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social nas comunidades, por meio das ações individuais e coletivas referentes às Práticas Integrativas e Complementares;
- **Proporcionar Educação Permanente em Práticas Integrativas e Complementares**, juntamente com as equipes de SF e o Controle Social, sob a forma da coparticipação, acompanhamento supervisionado, discutindo casos e empregando as demais metodologias da aprendizagem em serviço;
- **Articular ações, de forma integrada às equipes de SF**, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da administração pública;
- **Contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência**, como proposta de inclusão social e combate à violência;
- **Integrar-se à articulação universidade-serviço-comunidade** como forma de potencializar as dimensões da integralidade e da interdisciplinaridade no olhar dos profissionais;
- **Apoiar a capacitação de profissionais das equipes de SF**, para atuarem como facilitadores/monitores no processo de divulgação e educação em saúde referente às Práticas Integrativas e Complementares;
- **Promover ações ligadas às Práticas Integrativas e Complementares junto aos demais equipamentos públicos** presentes no território - escolas, creches etc;
- **Desenvolver ações individuais e coletivas** relativas às Práticas Integrativas e Complementares;
- **Valorizar a atuação do Agente Comunitário de Saúde como agente intercultural e promotor da saúde**;
- Realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional.

### Sobre o trabalho dos profissionais das PICs na ESF, no que se refere ao cuidado de usuários de álcool e drogas

Algumas **ações de apoio** dos profissionais das PICs às equipes de Saúde da Família e demais serviços da rede na atenção aos usuários de álcool e drogas:

- Difundir junto as Equipes de Saúde da Família e demais profissionais da rede de saúde, as concepções teórico-práticas das PICs, ampliando a concepção do processo saúde/doença e o conhecimento de outras possíveis ferramentas para abordagem no cuidado dos usuários de álcool e drogas.
- Partilhar com as equipes de Saúde da Família e especialistas as ações de prevenção e tratamento dos principais agravos da dependência química, quer sejam decorrentes do uso abusivo de álcool e drogas, com também nas comorbidades e nas intercorrências biopsíquicas.
- Contribuir no cuidado dos usuários de álcool e drogas, assim como de seus familiares, considerando a subjetividade dos usuários e o sofrimento biopsicossocial, à luz dos conhecimentos das PICs.
- Acompanhar as atividades educativas para o grupo de usuários de álcool e drogas ancoradas nos princípios holísticos das PICs.
- Atuar de forma interdisciplinar em grupos de promoção à saúde e tratamento de usuários de drogas, utilizando-se da Homeopatia, Fitoterapia, Antroposofia e das técnicas terapêuticas da MTC, tais como a Meditação, o Tai Chi Chuan, Shiatsu, Tui Na e a Acupuntura, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida.
- Acompanhar, de forma articulada com os profissionais de saúde, os familiares dos usuários de álcool e drogas, promovendo acolhimento e apoio social.

### O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

O **Programa Saúde na Escola (PSE)**, instituído por decreto presidencial Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da Rede Pública de Ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos (EJA). O foco do Programa situa-se no enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens brasileiros.

Este programa teve início em 2008 beneficiando inicialmente 2 milhões de alunos das escolas prioritizadas. O público-alvo do Programa, definido para 2008, incluiu a lista de municípios prioritários do Ministério da Educação (MEC) para o Plano de Desenvolvimento da Educação, os **1242 municípios** referidos na Resolução CD/FNDE nº 29, de 20 de junho de 2007. Foi feito o cruzamento com a **cobertura de 100%** da estratégia Saúde da Família (SF), nesses municípios, resultando numa listagem inicial de **647 municípios** (dados de abril/2008).

Além disso, foram contempladas aproximadamente 2.050 escolas localizadas nos 52 municípios do Programa Mais Educação, entre capitais e grandes cidades de regiões metropolitanas. Foi possível a adesão ao PSE mediante o número de Equipes de Saúde da Família implantadas, na proporção de 1 Equipe Saúde da Família para 1 Escola Pública.

O PSE obteve adesão de **608 municípios** com **4.740 Equipes de Saúde da Família** envolvidas na realização das ações do Programa.





#### SAIBA MAIS

Para o ano de 2010 (referente à Portaria GM nº 3146 de 17 de dezembro de 2009) 698 novos municípios tinham previsão de aderir ao PSE, considerando os atuais critérios: IDEB <3,1 e cobertura > ou = a 70% pela Estratégia Saúde da Família ou municípios que possuem escolas do Programa Mais Educação.

#### Perspectivas

Até 2011, cerca de **26 milhões** de alunos brasileiros terão atenção integral à saúde, por meio das Equipes Saúde da Família, nas escolas da rede pública em que estiverem matriculados.

#### Componentes do PSE

São quatro os componentes do PSE:

##### 1. Avaliação das condições de saúde do público-alvo:

Refere-se à atenção clínica. Será realizada avaliação por meio de avaliação clínica e psicossocial, da atualização do calendário vacinal, da detecção precoce da hipertensão arterial sistêmica, da avaliação oftalmológica, auditiva, nutricional e da saúde bucal.

Para os quatro anos do programa, estão previstas 5 milhões de consultas oftalmológicas e o fornecimento de 460 mil óculos para a população-alvo do programa, bem como 800 mil avaliações auditivas e o fornecimento de 33 mil próteses auditivas.

##### 2. Promoção da saúde e prevenção

Este componente se efetivará por meio de ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável, buscando:

- A melhora nutricional dos escolares;
- A promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas, estimulando-os a fazê-las como uma escolha, uma atitude frente à vida;
- A educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS, ações de prevenção de gravidez na adolescência, que chegarão a 87 mil escolas em 3,5 mil municípios;
- A prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas;
- E promoção da Cultura de Paz e prevenção da violência.



#### 3. Educação permanente e capacitação dos profissionais e de jovens

Prevê a realização de educação permanente de Jovens para Promoção da Saúde e Educação permanente e a capacitação de profissionais da educação nos temas relacionados ao campo da saúde e a constituição das equipes de saúde que atuarão nos territórios do PSE.

**A formação será oferecida pela Universidade Aberta do Brasil - UAB (Ministério da Educação) em interface com os Núcleos de Telessaúde (Ministério da Saúde).**

#### 4. Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes

Prevê duas ações:

1. **A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE**, que tem como foco os jovens estudantes de 13 a 15 anos da rede pública e privada das 27 capitais brasileiras. Foi realizada, em parceria com o IBGE, uma pesquisa que abordou o perfil socioeconômico, e informações sobre alimentação, prática de atividade física, tabagismo, uso de álcool e outras drogas, saúde sexual, segurança, saúde bucal e imagem corporal. O primeiro relatório dessa pesquisa foi publicado em dezembro de 2009.
2. O **Encarte Saúde no Censo Escolar** (Censo da Educação Básica), elaborado no contexto do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE).

#### Responsabilidades do Ministério da Educação no PSE

Entre as responsabilidades do Ministério da Educação no PSE estão a aquisição e distribuição de **materiais impressos** e equipamentos para o desenvolvimento das ações previstas no Programa, como:

1. Publicação e distribuição de Materiais do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas;
2. Aquisição e distribuição de Equipamentos médicos, que contemplam os insumos para atuação das equipes de Saúde da Família nas escolas;
3. Elaboração de materiais impressos;
4. Disponibilização do Kit do Projeto Olhar Brasil, para as ESF e Agentes Comunitários de Saúde dos municípios do Programa, bem como às entidades parceiras e aos gestores e alfabetizadores do Programa Brasil Alfabetizado e às escolas do ensino fundamental dos municípios que fazem parte do Programa Brasil Alfabetizado, mas não estão no PSE.

#### Informações Adicionais

- O PSE será implantado por meio da adesão dos **estados**, do **Distrito Federal** e **municípios**;
- Está prevista a implantação de **sistemas de troca de informações** entre os setores da saúde e da educação, com vistas ao monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes ao longo dos anos escolares;
- Com o objetivo de apoiar os municípios no desenvolvimento das ações de atenção básica à saúde previstas no PSE, o Ministério da Saúde propôs a criação do **Incentivo PSE**, que se constituirá em uma parcela extra do incentivo mensal às Equipes de Saúde da Família - ESF e de Saúde Bucal - ESB, que atuam no Programa.



## POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (HUMANIZASUS)

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS visa orientar as práticas de atenção e gestão no SUS, baseando-se na experiência concreta das trocas entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de sujeitos comprometidos com as práticas em saúde, destacando a subjetividade presente nestas práticas. A partir da sistematização de experiências do chamado “SUS que dá certo”, foi formulada pelo Ministério da Saúde, em 2003, permanecendo em constante elaboração de seu modo de funcionar, reconhecendo que estados, municípios e serviços de saúde apresentam bons resultados nas ações de atenção e gestão, o que contribui para a legitimação do SUS como política pública.

Em seu modo de funcionar, o HumanizaSUS busca incluir no processo de produção de saúde:

- Trabalhadores, gestores e usuários, produzindo autonomia, protagonismo e corresponsabilidade através da realização das rodas de conversas;
- Os fenômenos que questionam os modelos tradicionais de atenção e gestão, provocando mudanças nos processos de trabalho por meio da análise coletiva dos conflitos existentes;
- O coletivo, seja como movimento social ou qualquer acontecimento que provoque a transformação subjetiva dos trabalhadores organizados em equipes, pois pode transformar as práticas em saúde através do fomento das redes.



### A Política Nacional de Humanização trabalha por um SUS:

- Humanizado;
- Comprometido com a defesa da vida e
- Fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva.

## Humanização do SUS

Entendemos a humanização do SUS como:

- **Valorização dos diferentes sujeitos** implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da **autonomia** e do **protagonismo** desses sujeitos e da **coletividade**;
- Aumento do grau de **corresponsabilidade** na produção da saúde;
- Estabelecimento de **vínculos solidários** e de **participação coletiva** no processo de gestão;
- **Mapeamento e interação com as demandas** sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Defesa de um SUS que **reconhece a diversidade** do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual;

- Mudança nos **modelos de atenção e gestão** em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- Proposta de um **trabalho coletivo** para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo;
- Compromisso com a **qualificação da ambiência**, melhorando as condições de trabalho e de atendimento;
- Compromisso com os processos de **formação profissional**, com os serviços e práticas de saúde;
- A construção de um SUS com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral.



São princípios da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS-HumanizaSUS:

- **Indissociabilidade** entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde. Refere-se a práticas interdependentes e complementares. A Humanização dos serviços de saúde ocorre considerando-se tal entendimento;
- **Transversalidade** - Trata-se de concepções e práticas que atravessam as diferentes ações e instâncias, que aumentam o grau de abertura da comunicação intra e intergrupos, o que se reflete em mudanças nas práticas de saúde;
- **Autonomia e protagonismo dos sujeitos** - Busca a corresponsabilidade entre gestores, usuários e a participação coletiva nos processos de gestão.

## A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (PNPS)

A Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada através da portaria nº 687, de março de 2006, afirma que as ações públicas em saúde devem ir além da ideia de cura e reabilitação, privilegiando, também, medidas preventivas e de promoção, transformando os fatores da vida cotidiana.

Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária e colocam os sujeitos e as comunidades como os únicos responsáveis pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo saúde-doença ao longo da vida. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual. Ao contrário, os modos como sujeitos organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses **pertencem também à ordem coletiva**, uma vez que seu processo de construção dá-se no contexto social onde está inserido.



O que se propõe?

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto:



“os problemas e necessidades de saúde, seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção envolva as ações e serviços de saúde **para além dos muros** das unidades de saúde, incidindo sobre as condições de vida da população e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos no território onde vivem e trabalham”.

Nesta direção, a promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um **movimento integrador** na construção de consensos e sinergias e na execução das agendas governamentais, a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando os preceitos constitucionais de participação social.

Objetivos Específicos da Política Nacional de Promoção da Saúde

- Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica.
- Ampliar a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, dentre outras).
- Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores em saúde, tanto das atividades-meio, como os da atividade-fim.
- Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde.
- Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde.
- Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde.
- Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis.
- Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais.
- Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática.
- Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde.
- Estimular a adoção de modos de viver não violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no país.
- Valorizar e ampliar a cooperação do setor da saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade.

Ações priorizadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde

Alimentação Saudável

As mudanças ocorridas na alimentação da população brasileira, tem afetado o perfil nutricional dos cidadãos, possibilitando um aumento das doenças crônicas. A PNPS apresenta estratégias para garantir acesso a uma alimentação segura quanto aos aspectos sanitários, adequada quanto às necessidades biológicas e sociais dos indivíduos, valorizando o consumo de alimentos regionais saudáveis.

Prática Corporal/Atividade Física

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), atualmente as Doenças Crônicas Não Transmissíveis são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo. O desafio da Promoção da Saúde é aumentar cada vez mais o número de pessoas que tenham o hábito de praticar alguma atividade, um compromisso coletivo, que exige além da vontade do indivíduo, o apoio de governantes na construção de espaços propícios para este tipo de iniciativa.

Prevenção e Controle do Tabagismo

Cerca de 200 mil pessoas morrem por ano no país devido ao Tabagismo. Através do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, são realizadas ações educativas, de comunicação e de atenção à saúde, junto com instrumentos legislativos e econômicos, importantes estratégias para prevenir a iniciação ao uso do tabaco, promover sua cessação e proteger a população dos riscos do tabagismo passivo.

Redução da Morbimortalidade por acidente de Trânsito

Pensar sobre o trânsito demanda necessariamente um estudo sobre a cidade, seu desenho e arquitetura e o ir e vir das pessoas. Sendo assim, discutir trânsito e Promoção da Saúde impõe uma intervenção cujo ponto de partida é o ser humano, sendo necessário analisar os aspectos de mobilidade e de acessibilidade do homem. Neste sentido, a PNPS, prioriza uma agenda voltada para a prevenção e redução das lesões e mortes provocadas pelo trânsito.

Prevenção da Violência e estímulo à Cultura de Paz

A violência é considerada uma questão de grande relevância para Saúde Pública devido ao impacto que vem causando sobre a saúde da população. Este fenômeno possui causas múltiplas, complexas e correlacionadas com os determinantes sociais, econômicos e culturais, transformando os hábitos e comportamentos sociais, a organização dos espaços urbanos e a arquitetura das cidades. A promoção da saúde desenvolve estratégias intersetoriais, interinstitucionais e interdisciplinares, buscando intervir sobre as causas deste problema.

Promoção do Desenvolvimento Sustentável

A interface entre a saúde e o ambiente compreende os esforços multisetoriais que passam por questões de saneamento, habitação, educação, cultura e até de políticas voltadas para a criação de emprego e renda, em prol do bem-estar e da saúde humana. Neste contexto a Promoção da Saúde estreita sua relação com a Saúde Ambiental a fim de promover iniciativas conjuntas que contribuam para a melhoria da qualidade de vida da população.



### Redução da Morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas

O consumo de álcool e outras drogas têm sido apontados como fator de risco para diversas doenças e agravos a saúde o que tem colocado este fenômeno e seus desdobramentos na agenda prioritária das ações de Promoção da Saúde.

### PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA COM CIDADANIA (PRONASCI)

Desenvolvido pelo Ministério da Justiça, o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI) marca uma iniciativa inédita no combate à criminalidade no país. O projeto articula políticas de segurança com ações sociais, prioriza a prevenção e busca atingir as causas que levam à violência.

O PRONASCI atua com foco territorial, priorizando inicialmente onze regiões metropolitanas do país onde os índices de criminalidade mostram-se mais altos.

O PRONASCI é voltado aos jovens, comunidades e à polícia. Para os jovens, a ideia é dar um futuro melhor, por meio do acesso a oportunidades e serviços sociais como saúde, educação, profissionalização, cultura e esportes.

Nas comunidades serão criados e/ou implementados programas sociais, núcleos de justiça comunitária, defensorias públicas e conselhos de segurança pública. Na área policial, a proposta é melhorar as condições de trabalho e também a formação/capacitação dos profissionais – policiais civis e militares, bombeiros, guardas municipais, peritos e agentes penitenciários.

Uma das ações prioritárias do PRONASCI é a implantação e ampliação da Estratégia Saúde da Família nas 11 regiões metropolitanas indicadas pela iniciativa. As visitas domiciliares das equipes de Saúde da Família, em particular do Agente Comunitário de Saúde, contribuem para detectar o risco da violência intrafamiliar, causada muitas vezes pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, e identificar as principais vítimas. Em geral, mulheres e crianças são as que mais procuram os serviços em decorrência de danos físicos, mentais ou emocionais causadas por atos violentos.

As 11 regiões metropolitanas brasileiras mais violentas, segundo dados dos Ministérios da Justiça e da Saúde são: Belém, Belo Horizonte, Brasília (Entorno), Curitiba, Maceió, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo e Vitória.

### BIBLIOGRAFIA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2009; n. 27: 160.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008: Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União, Brasília, 04 mar. 2008. Seção 1, p. 38-42.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. N. 84, p. 20-24. Brasília, 04 de maio de 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Promoção da Saúde. Qualidade de vida. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Programa Saúde na Escola PSE [texto na internet]. Brasília: 2008 [citado 01 dez. 2011]. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_na\\_escola\\_cit\\_3107.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_na_escola_cit_3107.pdf)>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde-SUS. O que humaniza SUS [texto na internet]. Brasília: 2011. [citado 01 dez. 2011]. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtx=28288](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtx=28288)>.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde-Anexo1 [texto na internet]. Brasília: [citado 01.dez. 2011]. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687\\_2006\\_anexo1.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006_anexo1.pdf)>.

Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Decreto Presidencial Nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas e Fitoterápicos e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60p.



## ATIVIDADES

### Teste seu conhecimento

- Com relação ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), é INCORRETO afirmar:
  - Foi instituído pela Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços, ampliando a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, aumentando sua resolutividade e reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde
  - O NASF deve atuar reforçando as diretrizes relativas à Atenção Primária à Saúde: interdisciplinaridade, interseletorialidade, desenvolvimento da noção de território, integralidade, controle social, educação permanente em saúde, promoção da saúde, humanização e educação popular em saúde
  - Existem duas modalidades de NASF. O NASF 1 é composto por, no mínimo, cinco diferentes profissões. O NASF 2 é composto por, no mínimo, três diferentes profissões. A definição de qual modalidade de NASF implementar depende do número de habitantes do município, sendo que o tipo 2 é para municípios de até 100.000 habitantes, e o tipo 1 para municípios com número de habitantes maior ou igual a 100.000
  - A definição dos profissionais que irão compor o NASF é de responsabilidade dos gestores municipais, levando-se em consideração discussões prévias com as equipes de saúde da família e comunidade, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações
- Assinale a alternativa INCORRETA:
  - A Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS), busca um SUS mais humanizado, comprometido com a defesa da vida e fortalecendo os processos democráticos e coletivos
  - Dentre os objetivos da Política Nacional de Promoção da Saúde podemos citar: incorporação e implementação de ações de promoção da saúde, ampliação da autonomia e corresponsabilidade de sujeitos e coletividades, extinguir as desigualdades
  - O PRONASCI é um programa direcionado somente à população penitenciária de 15 a 24 anos de idade, com a meta de incluir e acompanhar o jovem infrator em um percurso social e formativo, assegurando o resgate da cidadania e ressocialização após sua saída do sistema prisional
  - Uma das ações prioritárias do PRONASCI é a implantação e ampliação da Estratégia Saúde da Família nas 11 regiões metropolitanas indicadas pela iniciativa
- Assinale a alternativa CORRETA:
  - O Ministério da Justiça propôs a criação do Incentivo PSE, com o objetivo de apoiar os municípios no desenvolvimento das ações de atenção básica à saúde previstas no Programa Saúde na Escola (PSE), constituindo-se em uma parcela extra no incentivo anual do componente fixo do bloco de financiamento da Atenção Básica às equipes de saúde da família e de Saúde Bucal
  - A Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada através da portaria nº 687, de março de 2006, afirma que as ações públicas em saúde devem ser focadas na cura e reabilitação
  - Desenvolvido pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI) marca uma iniciativa inédita no combate à criminalidade no país. O projeto articula políticas de segurança com ações sociais, prioriza a prevenção e busca atingir as causas que levam à violência
  - São princípios da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS-HumanizaSUS: Indissociabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade, autonomia e protagonismo dos sujeitos

- Marcelo, 16 anos, morador na área de abrangência da equipe de saúde da família 3 de um município do interior paulista, com cobertura de profissionais de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), é usuário de crack há 2 anos. Mora com a mãe e dois irmãos, de 11 e 2 anos de idade. A mãe Selma, de 36 anos de idade, trabalha como faxineira em uma empresa, e para complementar a renda faz "bicos" nos finais de semana. Marcelo e seu irmão de 11 anos estudam meio período na escola municipal do bairro, e o outro período ficam em casa. A irmã de 2 anos de idade fica na creche em período integral. Marcelo já cometeu roubos para sustentar seu vício. A agente comunitária traz para reunião de área essa situação, dizendo que Selma está desesperada, que seu filho pediu ajuda por não conseguir sair sozinho do vício. No planejamento estratégico-situacional dessa equipe de saúde da família, em conjunto com a equipe do NASF, o problema do uso abusivo de drogas foi selecionado para ser trabalhado a fundo, após estudo detalhado das particularidades dessa área. Buscando resolutividade e humanização no atendimento à saúde, qual das alternativas abaixo expressa uma possível forma de acompanhamento dessa situação?
  - Encaminhar Marcelo para um serviço especializado de álcool e drogas, orientando a mãe a levá-lo no dia e na hora da consulta agendada
  - Agendar consulta com o médico de saúde da família, iniciando tratamento de desintoxicação e prevenção de recaídas. Não atuar no território de abrangência, pois não é responsabilidade da equipe de saúde da família
  - Acompanhamento do caso de Marcelo e de sua família pela equipe de saúde da família; construção com a equipe do NASF de um projeto terapêutico; acionar outros serviços da rede, como, por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou serviços de outros níveis de atenção, se necessário; buscar outras redes de apoio na comunidade como escola, assistência social, igreja, entre outros. No âmbito de estratégias para área adscrita, construir um projeto de saúde no território, com a participação de profissionais e comunidade; formar uma aliança com a escola do bairro
  - Prestar assistência a Marcelo por meio de especialistas em saúde mental, acionar a polícia do bairro, como forma de controlar a violência e os crimes no bairro



- Tópicos

1. Introdução

2. O que define família?

3. Cuidando das famílias

4. Famílias com pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas

5. Equipes de Atenção Primária em saúde: espaço vivo de cuidado às famílias com pessoas que usam álcool e outras drogas

6. Ferramentas de abordagem familiar

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi garantido na **Constituição Federal de 1988** e representou um grande avanço no projeto da Reforma Sanitária Brasileira. A Constituição Federal previu em que bases o novo sistema de saúde deveria apoiar-se e sinalizou a necessidade do **atendimento integral**.

- Os **princípios constitucionais do SUS**<sup>1</sup> obrigam a modificação dos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde. São eles:

• Integralidade;

• Universalidade do acesso;

• Equidade das ofertas em saúde;

• Participação da comunidade.
- Neste conceito o sujeito deve ser percebido de forma integral, não fragmentada. O cuidado é o fio condutor na sua circulação nas redes assistenciais do sistema e há a incorporação de ações de promoção, prevenção e articulação com ações curativas e reabilitadoras.

Para que o princípio da integralidade seja efetivado, a família é um fator importante. Vamos aprofundar este tema?
- Estratégia Saúde da Família (SF)**

A estratégia Saúde da Família (SF), eixo estruturante da Atenção Primária à Saúde, concebe a família de forma integral e sistêmica, como espaço de desenvolvimento individual e de grupo, dinâmico e passível de crises, indissociada de seu contexto comunitário e de relações sociais.
- <sup>1</sup> <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ie8080.pdf>
- 40

SUPERA
- 7

7

A DETECÇÃO E O ATENDIMENTO A PESSOAS USUÁRIAS DE DROGAS NA REDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: MÓDULO 7

Coordenação: Fabiane Minozzo e Samantha Pereira França

SUPER

módulo

CAPÍTULO 4: Abordagem Familiar: cuidado às famílias com pessoas que usam álcool e outras drogas pelas equipes de Saúde da Família

Rosani Pagani, Fabiane Minozzo e Giovanna Quaglia
- A família deve ser objeto e sujeito do processo de cuidado e de promoção da saúde das equipes de Saúde da Família.

Para entendermos como os profissionais das equipes podem auxiliar no cuidado às famílias com membros que usam álcool e outras drogas, abordaremos o conceito, algumas ferramentas de intervenção disponíveis e potencialidades da estratégia Saúde da Família no que se refere à abordagem familiar.

O que é família?

Para iniciarmos essa discussão, a fim de entender a família em sua complexidade, é importante suspendermos os conceitos fechados, lineares e prontos, os quais tendem a reduzir a concepção de família.
- Compreendemos família como:**

Um sistema aberto e interconectado com outras estruturas sociais e outros sistemas que compõem a sociedade, constituído por um grupo de pessoas que compartilham uma relação de cuidados (proteção, alimentação e socialização), vínculos afetivos (relacionais), de convivência, de parentesco consanguíneo ou não, condicionados pelos valores sócioeconômicos e culturais predominantes em um dado contexto geográfico-histórico-cultural.
- O **ciclo de vida da família** é um processo vivido ao longo dos anos, através da passagem de uma fase a outra da vida. Consiste numa série de eventos previsíveis ou não, que ocorrem na família como resultado das mudanças em sua organização, transformando o papel de cada um dos membros.

É na **fase de transição** (mudança de uma fase para a outra) que a família é desafiada a estruturar um novo pacto, possibilitando o surgimento ou não de sofrimentos, necessitando desenvolver novos recursos para atravessar este momento. Abaixo mostramos exemplos de momentos previsíveis e imprevisíveis no ciclo de vida familiar.

| Previsíveis                     | Imprevisíveis     |
|---------------------------------|-------------------|
| Início da vida a dois           | Desemprego        |
| Nascimento do primeiro filho    | Morte             |
| Família com filhos na escola    | Acidente          |
| Família com filhos adolescentes | Mudança de cidade |
| Saída dos filhos de casa        | Doença            |
| Família envelhecendo            |                   |

SUPERA

41



Cada família tem um estilo próprio, uma cultura onde circulam seus próprios 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.

As ações são interpretadas num contexto de emoções e de significados pessoais, familiares e culturais mais amplos. Tais emoções geram ações que formam o enredo do sistema familiar e constroem a história singular de cada família, que se transforma com o tempo, com a cultura e com as mudanças sociais.

**Algumas das principais funções da família são:**

- Econômica (manutenção das pessoas);
- Doméstica (oferecer abrigo, higiene etc.);
- Cuidado com a saúde;
- Lazer;
- Socialização;
- Afeição;
- Educação/formação.

## O QUE DEFINE A FAMÍLIA?

São os sentimentos, as sensações especiais de união, a ligação, o vínculo, a interação, a interdependência. É importante ressaltar que as famílias podem viver desacordos, conflitos, desavenças e que modificações com algum membro afetam toda a família.



### Em síntese:

O tema Família refere-se a uma realidade muito próxima a 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 aos pontos de vista dos usuários sobre a família, pois as referências individuais, culturais e sociais são diferentes.

O olhar,  
o escutar,  
o observar,  
o perceber e  
o entender a diversidade da forma de viver em família...

...são fortemente influenciados pelas concepções de família, pelas crenças e valores de cada profissional, o que contribui para a construção de barreiras culturais e de comunicação que poderiam ser enfrentadas a partir de uma abordagem, por parte do profissional, que favoreça a reflexão, o diálogo, a escuta e o acolhimento do usuário.

**7** **A DETECÇÃO E O ATENDIMENTO A PESSOAS USUÁRIAS DE DROGAS NA REDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: MÓDULO 7**

**módulo** *Coordenação: Fabiane Minozzo e Samantha Pereira Franco*

**CAPÍTULO 4: Abordagem Familiar: cuidado às famílias com pessoas que usam álcool e outras drogas pelas equipes de Saúde da Família**

*Rosani Pagani, Fabiane Minozzo e Giovanna Quaglia*

## CUIDANDO DAS FAMÍLIAS

## Para intervir junto às famílias é importante:



Aliar conhecimentos científicos e tecnológicos às habilidades de observação, comunicação, empatia e intervenção, o que requer um aperfeiçoamento das competências profissionais.

Trabalhar nessa perspectiva implica conceber que saúde da família vai além da soma da saúde dos indivíduos. A análise da saúde da família deve incluir simultaneamente saúde e doença, indivíduo e coletivo. Essa é a perspectiva que deve nortear o processo de trabalho das equipes, mas para tanto há a necessidade permanente de qualificação dos profissionais de saúde.

**A atuação da equipe, voltada para família como unidade de cuidado, deve ter as seguintes características:**

- Conhecimento dos conceitos de família;
- Assistência voltada à experiência da família ao longo do tempo, ou seja, considerar a sua história progressa, atual e perspectivas futuras;
- Direcionada para os membros da família que se encontram tanto sadios como doentes;
- Considerar que o sistema familiar é influenciado por qualquer mudança de seus membros;
- Reconhecer que a pessoa mais sintomática (doente) da família pode mudar com o tempo;
- Buscar focalizar as forças dos membros da família e do grupo familiar, para promover apoio mútuo e o crescimento, quando possível;
- Considerar o contexto cultural e da comunidade do grupo familiar, na facilitação das relações entre a família e a comunidade;
- A atuação implica necessariamente na interação do profissional com a família.

**Dentro desta compreensão ampliada de família, é necessário refletir sobre os binômios:**

**Família pensada / família vivida**  
**e**  
**Família estruturada / família desestruturada**

Além disso, é necessário buscar uma **visão sistêmica inclusiva e não conservadora**, reconhecendo que as múltiplas estruturas familiares nada mais são do que formas diferentes de estruturação da família, que ganham contornos específicos através do tempo e das peculiaridades do espaço geográfico, social e cultural.



Constituída tal compreensão, é importante que os profissionais tenham critérios para subsidiar a avaliação do enredo, estrutura e a dinâmica do sistema familiar e elaborar um plano de trabalho multidisciplinar, um projeto terapêutico, definindo as estratégias mais adequadas e possíveis para a equipe utilizar.

É possível pensar formas de atuação da equipe que facilitem o desenvolvimento da autonomia familiar em todos os seus aspectos:

- Fortalecendo a capacidade de garantir a sobrevivência material dos membros da família, utilizando sua rede primária e as redes sociais da comunidade (manutenção material);
- Fortalecendo as relações afetivas e as novas possibilidades de agir, pensar e conviver que favoreçam o desenvolvimento pessoal de todos os seus membros;
- Fortalecendo a convivência comunitária e a participação social (exercício da cidadania).

- Fortalecendo as relações afetivas e as novas possibilidades de agir, pensar e conviver que favoreçam o desenvolvimento pessoal de todos os seus membros;

- Fortalecendo a convivência comunitária e a participação social (exercício da cidadania).

Com o objetivo de proporcionar um olhar ampliado para familiares com pessoas que usam álcool e outras drogas, a seguir abordaremos aspectos relacionados a essas famílias e possíveis ações e ferramentas que podem auxiliar na sua abordagem e intervenção na Atenção Primária à saúde.

**FAMÍLIAS COM PESSOAS QUE FAZEM USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

O sistema familiar tem sofrido grandes mudanças, ou seja:

- A família não é uma instituição estática, ela move-se tanto nos espaços das construções ideológicas, quanto no papel que exerce na organização da vida social;
- A família tem capacidade de modificar suas estruturas quando se produzem mudanças em seu meio;
- A família apresenta-se como lugar de troca, de construção de personalidade e, ao mesmo tempo, lugar de conflitos e tensões.

- A família tem capacidade de modificar suas estruturas quando se produzem mudanças em seu meio;

- A família apresenta-se como lugar de troca, de construção de personalidade e, ao mesmo tempo, lugar de conflitos e tensões.

## E quando ocorre uso de álcool e outras drogas?

Independente de sua constituição, classe social ou situação econômica, uma família pode ser surpreendida com a questão do uso de álcool e outras drogas de um de seus membros. Esse uso, geralmente provoca um **profundo impacto sobre toda a família** e, muitas vezes, é dentro do núcleo familiar dos usuários de álcool e outras drogas que se inicia um processo de **marginalização e exclusão** que será posteriormente ampliado pela sociedade. O que observamos é que as famílias apresentam dificuldades para cuidar das questões que envolvem problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Frequentemente as famílias se sentem desautorizadas ou desatualizadas em relação aos seus próprios problemas. Assim, quando solicitam um conhecimento “teórico” sobre o uso e abuso de drogas, esse conhecer é positivo, pois permite refletir sobre a função que o uso de álcool e outras drogas têm na relação familiar.

A família que exclui é também a família que poderá acolher. A família “problemática” é também a família que carrega a “solução”. Assim, numa visão baseada no paradigma da complexidade, pode-se pensar a família como um espaço de risco, e também, como contexto de proteção, sem que haja exclusão ou separação das partes (DIOS, 1999, p.83).

A compreensão de que os problemas das pessoas necessitam ser compreendidos para além dos aspectos individuais, dentro de um contexto de vida onde a família está incluída, permitiu o desenvolvimento de formas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que incorporam a família como aspecto fundamental da visão psicossocial

A inclusão da família na atenção aos usuários de álcool e outras drogas tem sido consideravelmente estudada, no entanto, **não existe um consenso** sobre qual é a dinâmica que essa família possui, bem como qual o tipo de atenção a ser priorizada, dentre os vários modelos propostos. <sup>1</sup>

Nesse contexto, existem alguns **modelos teóricos** na conceitualização das dinâmicas familiares de usuários de álcool e outras drogas:

## MODELOS

## Doença Familiar

Considera o uso de álcool e outras drogas como uma doença que afeta não apenas o usuário, mas também a família. Esta ideia teve origem nos Alcoólicos Anônimos, em meados de 1940. Recentemente, estudos têm focado que o uso de álcool e outras drogas está relacionado à manifestação de sintomas específicos nos companheiros de usuários de álcool e drogas, dando origem ao conceito de codependência, embora este tenha recebido críticas.

## Sistêmico

Considera que as famílias com problemas de álcool e outras drogas mantêm um equilíbrio dinâmico entre o uso de substâncias e o funcionamento familiar. Em meados de 1970 a 1980, este modelo passou a exercer grande influência sobre os profissionais de saúde. Na perspectiva sistêmica, um usuário de álcool e outras drogas exerce uma importante função na família, que se organiza de modo a atingir uma homeostase<sup>2</sup> dentro do sistema, mesmo que para isso o uso de álcool e outras drogas faça parte do seu funcionamento e, muitas vezes, a abstinência possa afetar tal homeostase.

## Comportamental

É uma extensão do construto da teoria da aprendizagem e assume que as interações familiares podem reforçar o comportamento de consumo de álcool e drogas. O princípio é que os comportamentos são apreendidos e mantidos nas interações familiares. Esse modelo tem propiciado a observação de alguns padrões típicos recorrentes nestas famílias, tais como: reforçamento do uso de álcool e outras drogas como uma maneira de obter atenção e cuidados; amparo e proteção do usuário de álcool e outras drogas quando relata consequências e experiências negativas decorrentes de seu uso; punição do comportamento do uso de álcool e outras drogas.

Tendo em vista a dificuldade em entender o tema, apontamos para a importância de pensar numa perspectiva mais complexa de intervenção. Desse modo, o usuário de álcool e outras drogas deve ser percebido como **agente de mudanças**, capaz de identificar seus sentimentos e expressá-los e de reconhecer as demandas emocionais das pessoas com quem convive para construir a sua rede afetiva.

Para chegar a lugares onde ainda não estivemos, é preciso passar por caminhos pelos quais ainda não passamos.

(GHANDHI)







### Dificuldades

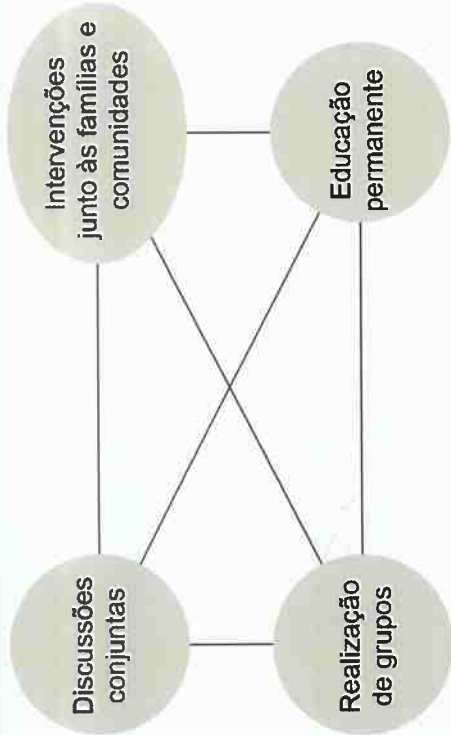
Assim, as equipes da Atenção Primária possuem um campo fértil no que se refere ao cuidado à família com pessoas que usam álcool e outras drogas, embora sejam conhecidas as dificuldades referentes à formação que privilegia o indivíduo, a fragmentação do sujeito, os “especialismos” etc.

Na graduação da área da saúde, a família e as ferramentas que auxiliam no seu acompanhamento aparecem em poucos currículos, gerando limites ao alcance das ações da saúde. Dessa forma, no cotidiano de trabalho, os profissionais de saúde encontram dificuldades em realizar intervenções baseadas em uma abordagem familiar. O processo de educação permanente fortalece o cuidado familiar e pode ser uma das estratégias de auxílio no enfrentamento dessas dificuldades.

### Educação Permanente

Entre as formas de educação permanente, citamos aquelas desencadeadas pelo **apoio matricial às equipes de Saúde da Família**<sup>4</sup>. Esse apoio visa ações conjuntas das equipes matriciais e equipes de Saúde da Família, para auxiliar na identificação e no acompanhamento das pessoas com sofrimento devido ao uso de álcool e outras drogas, bem como no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção.

### Corresponsabilidade das equipes



O apoio matricial às equipes de saúde pode se efetivar pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou por outras equipes matriciais, dependendo da necessidade de saúde da população, das equipes de saúde da família, gestão local e dos recursos disponíveis.

Para auxiliar no enfrentamento das dificuldades de se trabalhar com Família, a seguir apresentaremos algumas ferramentas que podem subsidiar na abordagem familiar.

<sup>4</sup> <http://redehumanizasus.net/taxonomy/term/78>

## FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR

A abordagem à Família deve estar presente transversalmente, nas discussões, desenvolvendo um olhar para a família e para o sujeito na família. Para trabalhar na perspectiva proposta, podemos utilizar algumas ferramentas descritas a seguir:

### I. ENTREVISTA FAMILIAR

Objetiva realizar a caracterização do sistema familiar (estrutura, desenvolvimento e funcionamento familiar, condições materiais de vida, estado de saúde dos integrantes, rede social da família etc.)

### II. GENOGRAMA

O Genograma Familiar é uma representação gráfica que mostra o desenho ou mapa da família. Identifica as relações e ligações dentro do sistema multigeracional da família.

Instrumento amplamente utilizado na Terapia Familiar, na formação de terapeutas familiares, na Atenção Primária à saúde, e, recentemente, sua aplicação tem sido difundida em pesquisas sobre família.

### III. ECOMAPA

O Ecomapa, tal como o Genograma, faz parte dos instrumentos de avaliação familiar, mas, enquanto o Genograma identifica as relações e ligações dentro do sistema multigeracional da família, o Ecomapa identifica as relações e ligações da família com o meio onde habita. Foi desenvolvido em 1975 por Ann Hartman. É uma representação gráfica das ligações de uma família com as pessoas e estruturas sociais do meio. Desenha, poderíamos assim dizer, o seu «sistema ecológico». Identifica os padrões organizacionais da família e a natureza das suas relações com o meio, mostrando-nos o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família.

### IV. F.I.R.O - Fundamental Interpersonal Relations Orientation ou Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais

Objetiva compreender melhor o funcionamento da família estudando as suas relações de poder, comunicação e afeto. A família é estudada nas dimensões de inclusão, controle e intimidade. Essa ferramenta é bastante útil quando a família se depara com situações que provocam crises familiares e demandam negociações e alterações de papéis entre os seus membros, tais como problemas de saúde, mudanças, doenças agudas e crônicas, hospitalizações etc. Também é utilizada na avaliação de problemas conjugais ou familiares, para entender como a família está lidando com alterações no ciclo da vida.

### V. P.R.A.C.T.I.C.E

Objetiva a avaliação do funcionamento da família do paciente específico. Fornece informações sobre a organização familiar e posicionamento da família diante dos problemas enfrentados, possibilitando ao profissional maior sucesso no manejo daquele caso específico. Essa ferramenta foca no problema, permite uma aproximação esquematizada para trabalhar com a família, facilita a coleta de informações e elaboração de avaliação, com construção de intervenção (CURRA e FERNANDES, 2006).



- Presenting problem (problema apresentado);
- Roles and structure (papéis e estrutura);
- Affect (afeto);
- Communication (comunicação);
- Time of life cycle (fase do ciclo de vida);
- Illness in family (doença na família);
- Coping with stress (enfrentamento do estresse);
- Ecology (meio ambiente, rede de apoio).

#### VI. DISCUSSÃO E REFLEXÃO DE CASOS FAMILIARES

Discussão e reflexão de casos com equipe multiprofissional - discussão dos casos clínicos, estudo de casos etc.

#### VII. PROJETO TERAPÊUTICO DE CUIDADO À FAMÍLIA

Permite conhecer e construir um projeto terapêutico de cuidado para a família. O Projeto Terapêutico é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas a partir da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário, e com a participação da família na sua elaboração.

#### Exemplos de genograma e ecomapa, símbolos e uma proposta de projeto terapêutico de cuidado à família:

Para melhor compreensão das ferramentas anteriormente descritas, seguem exemplos de ecomapa, genograma (Figura 1), e seus símbolos, exemplos de questionários baseados no FIRO, e uma proposta de projeto terapêutico de cuidado à família.

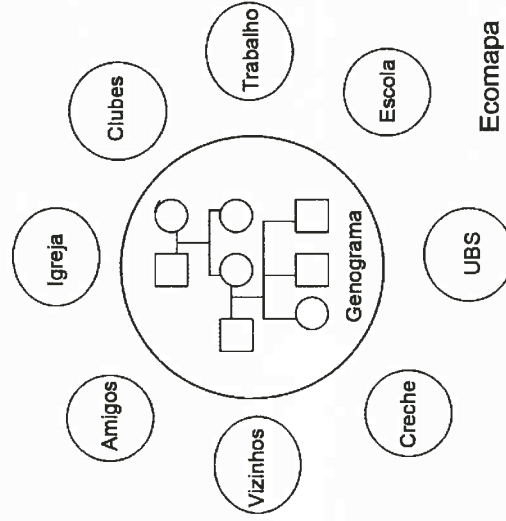


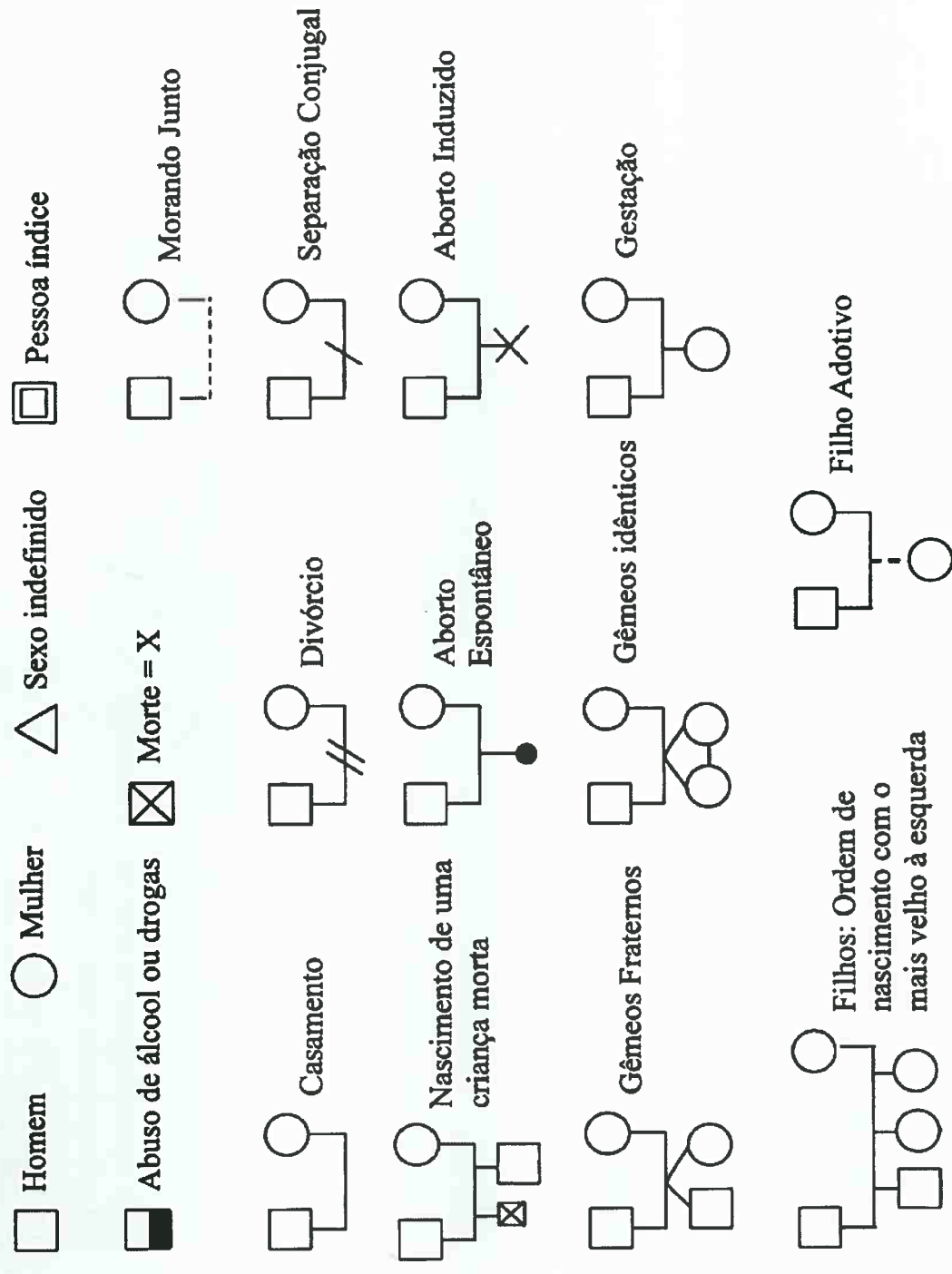
Figura 1 - exemplo de Ecomapa e Genograma. Nas referências bibliográficas específicas poderão ser encontrados detalhes sobre sua utilização. Há variações entre os autores quanto às formas de representação.



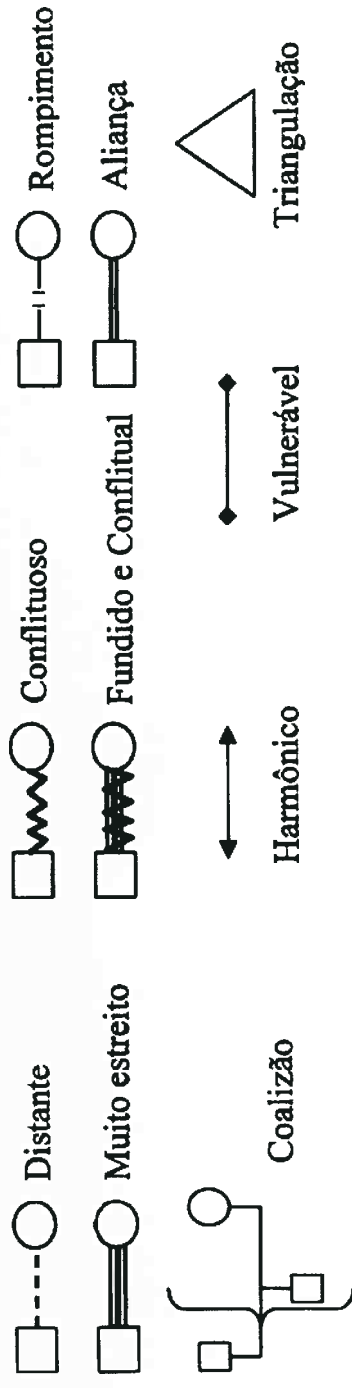
**CAPÍTULO 4: Abordagem Familiar: cuidado às famílias com pessoas que usam álcool e outras drogas pelas equipes de Saúde da Família**

## Símbolos do Genograma

(Baseado em McGoldrick & Gerson, 1995; Minuchin, 1982)



**Relacionamentos:**

**FIRO**

## Exemplos de questionários baseados nas dimensões de inclusão, controle e intimidade do FIRO

## Questionário 1

## INCLUSÃO

**Eu gosto que as pessoas me chamem para participar de suas conversas.**

- ( ☐ ) **Maioria das pessoas**
- ( ☐ ) **Muitas pessoas**
- ( ☐ ) **Algumas pessoas**
- ( ☐ ) **Poucas pessoas**
- ( ☐ ) **Uma ou duas pessoas**
- ( ☐ ) **Ninguém**

**Quando as pessoas estão fazendo coisas juntas, eu tendo a me juntar a elas.**

- ( ) Normalmente  
( ) Às vezes  
( ) Ocasionalmente  
( ) Raramente  
( ) Nunca

## CONTROLE

**Eu deixo outras pessoas controlarem minhas ações.**

- ( ) Maioria das pessoas  
( ) Normalmente  
( ) Às vezes  
( ) Ocasionalmente  
( ) Raramente  
( ) Nunca

**Eu tento que as outras pessoas façam as coisas a minha maneira.**

- ( ) Normalmente  
( ) Às vezes  
( ) Ocasionalmente  
( ) Raramente  
( ) Nunca







## BIBLIOGRAFIA

- Afonso ML. Trabalhando dentro do sistema: habilidades de apoio a família. In: Minuchin P, Colapinto J, Minuchin S, organizadores. Trabalhando com famílias pobres. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; p 39-67.
- Andolfi M, Angelo C. Tempo e mito em psicoterapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
- Andolfi M, Angelo C, Menghi P, Nicolo-Corigliano AM. Por trás da máscara familiar: um novo enfoque em terapia da família. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984.
- Áries P. História social da criança e da família. Rio de Janeiro: Guanabara; 1986.
- Bousso RS. A enfermagem e o cuidado na saúde da família. Manual de enfermagem. Instituto para o desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p: 18-22.
- Calderón AI, Guimarães RF. Família: a crise de um modelo hegemônico. Rev Serviço Social Sociedade. 1994;XV(46).
- Calvo SM. La familia: una aproximación desde la salud. Rev Cubana Med. Gen Integral. 2001;17(3):257-62.
- Carter B, McGoldrick M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- Carter B, McGoldrick M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. In: Carter B, McGoldrick M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar, 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 7-27.
- Carvalho MCB, organizador. A família contemporânea em debate. São Paulo: EDUC/ Cortez; 2000.
- Costa JF. Ordem médica e norma familiar, 2ª. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1983.
- Dabas E. A intervenção em rede. Nova Perspectiva Sistêmica. 1995;4(6):5-17.
- Dios VC. Droga, família, escola e o grupo de pares no processo de socialização de crianças e adolescentes em situação de rua. In: Carvalho DBB, Silva MT, organizadores. Prevenindo a drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua: a experiência do PRODEQUI. Cadernos do PRODEQUI, 1. Brasília: MS/COSAM; UnB/PRODEQUI;UNDCP; 1999.
- Gueiros DA. Família e proteção social: questões atuais e limites da solidariedade familiar. Rev Serviço Social Sociedade. 2002;XXIII(71).
- Kenneth Jr RC, Campos SEM, Teixeira MTB, Mascarenhas MTM, Mauad NM, Franco TB. Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica. In: Pinheiro R, Mattos RM. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2004.
- Masiglia RMG. Famílias de baixa renda na periferia do município de São Paulo: questões para os serviços de saúde. Rev Serviço Social Sociedade. 2002;XXIII(71).
- Minuchin P, Colapinto J, Minuchin S. A estrutura: uma orientação sistêmica e uma abordagem centralizada na família. In: Minuchin P, Colapinto J, Minuchin S. Trabalhando com famílias pobres. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999. p. 19-29.
- Osório LC. Família hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
- Piszezman MLRM. Terapia familiar breve: uma nova abordagem terapêutica em instituições. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- PIMENTEL S. PERSPECTIVAS jurídicas da família: o Novo Código Civil e a violência familiar. Rev Serviço Social Sociedade. 2002;XXIII(71).
- Sarti CA. O olhar sobre a família no atendimento à saúde. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO), Brasília, 2003; n. 4066.
- Sarti C. Contribuições da antropologia para o estudo da família. Psicol USP. 1992;3(1/2):69-76.

Seixas MRA. Sociodrama familiar sistêmico. São Paulo: ALEPH; 1992.

Soares MLPV. Vencendo a desnutrição: abordagem social. São Paulo: Salus Paulista; 2002. p. 35-51.

Soares TQS, Pagani R, Oliveira DL. Abordagem a família no PSF. Escola de Formação em Saúde da Família; 2005. Mimeo.

Soares TQS. Proposta educativa para os profissionais de nível superior das equipes da estratégia de saúde da família de Sobral em abordagem sistêmica familiar [dissertação]. Havana /Cuba: Escola Nacional de Saude Publica; 2006.

Szymanski H. Teorias e "Teorias" de famílias. A Família Contemporânea em Debate. São Paulo: EDUC/ Cortez; 2000.

Szymanski H. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança. Rev Serviço Social Sociedade. 2002;XXIII(71).

Vasconcelos EM. Priorização da família nas políticas de saúde. Disponível em: <http://geocities.yahoo.com.br/culturadenem/texto2.htm>

Wagner HL, Wagner ABP, Oliveira E, Talbot Y. Estratégias e ferramentas para trabalhar com famílias. Coletânea e adaptação livre para estudo na residência de saúde da família. Adaptação: Dilma Lucena Oliveira. Disponível em URL: [http://www.sgmfc.org.br/p\\_txaps2.htm](http://www.sgmfc.org.br/p_txaps2.htm)

Wilson L, Talbot Y, Librach L. O modelo FIRO de estudo da família. In: Wilson L. Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde; 1996.

Winnicott DW. A família e o desenvolvimento individual. São Paulo: Martins Fontes; 1993.

Wright L, Leahey M. Fundamentos teóricos dos Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção na Família. In: Wright L, Leahey M, organizadores. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção familiar, 3a ed. São Paulo: Rocca; 2002.



## ATIVIDADES

### Teste seu conhecimento

- De acordo com o que você estudou neste capítulo, a melhor definição de família é:
  - Família é um sistema fechado caracterizado principalmente pelos vínculos sanguíneos que possui sua cultura própria
  - Família é um grupo de pessoas que vive em um mesmo espaço físico e geográfico
  - Família é a junção de pessoas ligadas por vínculo de parentesco sanguíneo que passa por diferentes fases
  - Família é um sistema aberto, constituído por um grupo de pessoas que compartilham relações de cuidado, vínculos afetivos de convivência e de parentesco (consanguíneo ou não) vivendo em um mesmo contexto geográfico, histórico e cultural
  - Família é um sistema fechado constituído por pessoas que convivem juntas ao longo do tempo, mantendo tradições, mitos e crenças que se perpetuam
- Para intervir na área de saúde da família as equipes devem ter as seguintes características:
  - Para não ser considerada invasiva, a equipe deve focalizar o tratamento principalmente na pessoa doente, treinando a família para enfrentar a doença e orientando-a apenas quando procurar ajuda
  - Ter conhecimento científico sobre os problemas da família e sempre aguardar que esta procure auxílio
  - Deve existir interação dos profissionais com família, dando atenção para todas as pessoas da família, preocupando-se em conhecer os conceitos da família e oferecendo apoio, mesmo se não partir da família um pedido de ajuda
  - Compreender a família como a soma da saúde dos indivíduos, tratando cada um de modo independente.
  - Cada profissional deve abordar apenas os aspectos relacionados à sua especialidade, mantendo as informações em sigilo, até mesmo dos outros profissionais
- Assinale a alternativa CORRETA em relação aos principais modelos teóricos em relação às dinâmicas familiares de usuários de álcool e outras drogas:
  - Modelo quantitativo, modelo descritivo, modelo médico
  - Modelo médico, modelo psiquiátrico, modelo qualitativo
  - Modelo social, modelo médico, modelo sistêmico
  - Modelo doença, modelo sistêmico, modelo comportamental
- Assinale a alternativa CORRETA no que diz respeito às melhores estratégias de saúde que os profissionais devem procurar usar junto às famílias com pessoas dependentes de drogas:
  - Deve existir preocupação com a construção de vínculo entre os profissionais e a família, fazendo uso do prontuário familiar, acolhendo tanto os usuários quanto suas famílias
  - As famílias com dependentes de drogas não necessitam de cuidados especiais, por isso não devem participar do tratamento, para manter o sigilo das informações fornecidas pela pessoa dependente de drogas
  - A família deve ser atendida separadamente, sem o conhecimento da pessoa com dependência de drogas, para que a família possa dar informações que os profissionais usarão para confrontar o usuário de drogas
  - O cuidado com a família e com o usuário deve ser realizado em separado, para evitar conflitos.
  - As equipes de saúde da família devem estar desvinculadas do apoio matricial, no que diz respeito ao atendimento de usuários de drogas

## Tópicos

- Introdução
- Cenário Atual
- Saúde Mental na Atenção Primária: diretrizes e prioridades
- Articulação das equipes de Saúde da Família com a rede de serviços de Saúde Mental

## INTRODUÇÃO

A mudança do modelo de atenção em Saúde Mental tem como principal objetivo:



A ampliação e a qualificação do cuidado às pessoas com transtornos mentais nos serviços comunitários, com base no território.

### O que essencialmente muda?

No novo modelo, a atenção hospitalar deixa de ser o centro, como era antes, tornando-se complementar. Trata-se de uma mudança fundamental na concepção e na forma como deve se dar o cuidado: mais próximo da rede familiar, social e cultural do paciente, para que seja possível a reapropriação de sua história de vida e de seu processo de saúde/doecimento.

Aliado a isso, adota-se a concepção de que **a produção de saúde é também produção de sujeitos**. Os saberes e práticas não somente técnicos devem se articular à construção de um processo de valorização da subjetividade, onde os serviços de saúde possam se tornar mais acolhedores, com possibilidades de criação de vínculos.

A **Política Nacional de Saúde Mental do SUS**<sup>1</sup> tem como diretriz principal a redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, com a **desinstitucionalização** de pessoas com longo histórico de internações. Ao mesmo tempo, prioriza a implantação e implementação de uma rede diversificada de serviços de Saúde Mental de base comunitária eficaz, capaz de atender com resolutividade aos pacientes que necessitem de cuidado.

Além da criação de uma série de dispositivos assistenciais em Saúde Mental, a desinstitucionalização pressupõe também **transformações culturais e subjetivas** na sociedade.

<sup>1</sup>[http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=925](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=925)





A expressão “**reabilitação ou atenção psicossocial**” é utilizada para indicar que:

Devem ser construídas, com as pessoas que sofrem transtornos mentais, oportunidades de exercerem sua cidadania e de atingirem seu potencial de autonomia no território em que vivem.

A rede de Saúde Mental, segundo essa perspectiva, deve ser composta por diversas **ações e serviços de Saúde Mental**:

- Ações de Saúde Mental na Atenção Primária;
- Centros de Atenção Psicossocial – CAPs;
- Ambulatórios;
- Residências terapêuticas;
- Leitos de atenção integral em Saúde Mental (em CAPs III e em hospital geral);
- Programa de Volta para Casa;
- Cooperativas de trabalho e geração de renda;
- Centros de convivência e cultura, entre outros.

#### Considerações

Deve-se levar em conta que existe um componente de **sofrimento subjetivo** associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas de promoção da saúde ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que:

**“Todo problema de saúde é também – e sempre – mental.**

**Toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde.**”

Nesse sentido será sempre importante e necessária a articulação da Saúde Mental com toda a rede de saúde e, sobretudo, com a Atenção Primária/Saúde da Família (BRASIL, 2004).

#### Equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental

Há princípios comuns entre a atuação das equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental:

- Atuação a partir do contexto familiar;
- Continuidade do cuidado;
- Organização em rede - que deve se articular para a produção de cuidados em Saúde Mental no território.



É primordial, então, incluir ativamente nas políticas de expansão, formulação e avaliação da Atenção Primária, as ações de Saúde Mental que, com potencial transversal, devem ajudar as equipes a trabalhar a dimensão do sofrimento psíquico.

Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania, efetivando os princípios do SUS.

As equipes de Saúde da Família (SF) precisam ter o apoio e trabalhar próximas aos profissionais e serviços de Saúde Mental. Precisam ter competência para atuar nas questões de saúde mental pertinentes ao seu nível de atenção.

*O trabalho integrado das equipes de SF e Saúde Mental potencializa o cuidado e facilita uma abordagem integral, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos e comunidades. Também propicia um uso mais eficiente e efetivo dos recursos e pode aumentar as habilidades e a satisfação dos profissionais. (SARAIVA e CREMONESE, 2008)*

#### Qualificação do trabalho das equipes em Saúde Mental

Como já estudado anteriormente, o Ministério da Saúde criou, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para ampliar, qualificar e aumentar a resolutividade do trabalho da Estratégia Saúde da Família.

Porém, os NASF não constituem a única opção para a qualificação do trabalho das equipes em Saúde Mental. Os gestores locais, juntamente com as equipes de saúde, podem identificar meios possíveis para melhorar o conhecimento dos profissionais nessa área.

Opções para levar conhecimento e qualificação em Saúde Mental aos trabalhadores das equipes Saúde da família:

- Escolas Técnicas do SUS – ETSUS;
- Telessaúde;
- Equipes de matriciamento formadas a partir dos recursos humanos disponíveis;
- CAPS.

A Organização Mundial da Saúde – OMS (2001) reforça que o manejo e o tratamento de transtornos mentais no contexto da Atenção Primária é um passo fundamental para possibilitar a um maior número de pessoas o acesso mais facilitado e rápido ao cuidado em Saúde Mental. Isso não só proporciona uma atenção de melhor qualidade, como também reduz exames supérfluos e tratamentos impróprios ou não específicos.



## CENÁRIO ATUAL

Segundo dados de prevalência internacionais, adotados pelo Ministério da Saúde:

- 3% da população apresentam transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de cuidados contínuos;
- Mais 9 a 12% (totalizando cerca de 12 a 15% da população geral do país, em todas as faixas etárias) apresentam transtornos mentais leves, que necessitam de cuidados eventuais (BRASIL, 2006).

Quanto aos transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e de outras drogas, estima-se que as dependências de álcool e outras drogas (exceto tabaco) atingem cerca de 6% da população.

Se considerarmos apenas o álcool, entre os 12 e 65 anos de idade, de 9% a 11% de pessoas são dependentes, de acordo com pesquisas realizadas no Brasil, pela UNIFESP (CARLINI e col, 2007).

Os usuários que já apresentam padrão de dependência para substâncias psicoativas não constituem a maior parcela da população de consumidores destas substâncias. Para a maioria dos casos é mais útil pensar em “**problemas associados ao uso de álcool e/ou outras drogas**” do que em “dependência”, uma vez que não só a dependência deve ser tratada, mas também todas as formas de uso que tragam prejuízo à saúde e ao bem-estar do usuário, sua família e seu meio.

As diferentes formas de sofrimento psíquico constituem importante causa de perda de qualidade de vida na população em geral. A realidade das equipes de Saúde da Família demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de “saúde mental”. **56% das equipes de Saúde da Família referiram realizar “alguma ação de Saúde Mental”** (OPAS/MS, 2002).

Entre os pacientes atendidos pela Atenção Primária, uma proporção grande apresenta transtornos mentais. Não há estudos que representem os índices de prevalência de problemas mentais no âmbito nacional, sendo necessário recorrer a várias pesquisas. Alguns estudos realizados nas comunidades atendidas pela Saúde da Família verificaram prevalências de transtorno mentais comuns<sup>2</sup> (GOLDBERG & HUXLEY, 1992) que variam de 22,7% a 38% (MARAGNO, LIMA, 2006).

Estudos desde a década de 80 demonstram que, entre os pacientes que procuram as Unidades de Atenção Primária, uma grande proporção apresenta transtornos mentais, revelando que entre 33% a 56% dos pacientes atendidos, nesse nível assistencial, podem apresentar sintomas de transtornos mentais comuns (MARI, VILANO, FORTES, 2008).

Um estudo da OMS (WHO, 2001) levantou a coexistência de depressão e ansiedade como um dos problemas psicológicos mais frequentes na Atenção Primária. Outras evidências apontaram (WHO, 2001; ARAYA et al., 2001; FORTES et al, 2008) que os sintomas físicos persistentes, sem explicação médica, também podem estar associados a questões de saúde mental.

Diante dessas prevalências, é preciso, portanto, qualificar a Atenção Primária para o atendimento adequado de tais problemas.



Uma das principais estratégias para ampliação do acesso ao cuidado em Saúde Mental é a priorização das ações de saúde mental na Atenção Primária.

<sup>2</sup> A definição de transtornos mentais comuns (TMC) utilizada em algumas das pesquisas citadas refere-se a indivíduos que apresentam queixas que podem ou não preencher os critérios para os diagnósticos de depressão e/ou ansiedade, segundo as classificações psiquiátricas, mas que apresentam sintomas como irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de concentração, esquecimento, ansiedade e queixas somáticas, que podem trazer incapacidades iguais ou piores do que as dos quadros crônicos já estabelecidos.

## Experiências municipais

Diversas experiências municipais já consolidadas demonstram que o **apoio matricial** em Saúde Mental melhorou a efetividade da atuação das equipes de Saúde da Família. Um levantamento preliminar de 2006, realizado pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, em 12 estados da federação (BRASIL, 2006), constatou que 16,3% dos municípios pesquisados realizam **ações sistemáticas** de Saúde Mental na Atenção Primária.

No entanto, são referidas dificuldades pelos profissionais de Atenção Primária para lidar com o sofrimento psíquico de seus pacientes, incluindo especialmente a abordagem das questões psicossociais da clientela por eles atendida e o manejo de transtornos mentais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com a **Associação Mundial de Médicos de Família**<sup>3</sup> (WONCA), recentemente apontaram as principais razões para a integração de Saúde Mental na Atenção Primária (WHOWONCA, 2008):

- Relevante magnitude e prevalência dos transtornos mentais;
- Necessidade de um cuidado integral em saúde devido à indissociação entre os problemas físicos e de Saúde Mental;
- Altas prevalências de transtornos mentais e baixo número de pessoas recebendo tratamento;
- Aumento do acesso aos cuidados em Saúde Mental, quando realizados na Atenção Primária;
- Maior qualificação das ações e dos serviços, propiciando o respeito aos direitos humanos;
- Redução de custos indiretos com a procura de tratamento em locais distantes;
- Bons resultados para a integralidade da saúde de sujeitos com sofrimento psíquico.

## SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DIRETRIZES E PRIORIDADES

### Diretrizes gerais

Diante do cenário apresentado, considera-se que a inclusão de ações de Saúde Mental na Atenção Primária deve ser prioridade na organização das redes de saúde.

Para o melhor manejo da Saúde Mental na Atenção Primária propõe-se um trabalho compartilhado de suporte às equipes de SF através do desenvolvimento do apoio matricial em saúde mental.

### O que é o apoio matricial?

O Apoio Matricial é um arranjo técnico-assistencial que visa a ampliação da clínica das equipes de Saúde da Família, superando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma **lógica de responsabilização** entre as equipes de Saúde da Família e Saúde Mental, com a construção de vínculos entre profissionais e usuários, pretendendo uma maior resolutividade na assistência em saúde (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

O Apoio Matricial tem duas dimensões:

1. Suporte assistencial, que vai demandar uma ação clínica direta com os usuários;
2. Suporte técnico-pedagógico, que vai demandar uma ação e apoio educativo com e para a equipe.

<sup>3</sup> <http://www.globalfamilydoctor.com>



Ao aumentar a capacidade das equipes de Saúde da Família em lidar com o sofrimento psíquico e integrá-las com os demais pontos da rede assistencial, o apoio matricial possibilita que a prevenção e o tratamento dos transtornos mentais, assim como a promoção da saúde e a reabilitação psicossocial, aconteçam a partir da Atenção Primária. A responsabilização pela demanda – tanto a equipe de Saúde da Família como a equipe de Saúde Mental são responsáveis por determinado território –, leva à desconstrução da lógica de referência e contrarreferência, que favorece a desresponsabilização e dificulta o acesso da população. (BRASIL, 2004; SARAIVA & CREMONESE, 2008).

O **cuidado compartilhado** prevê uma rede de ações, dispositivos de saúde e dispositivos comunitários que possibilitem que o processo de cuidar se organize tendo como **eixo central** o sujeito e seu processo de saúde/doença. O locus do tratamento se revela mutável ao longo do tempo, com intensificação no ponto da rede em que a atenção demonstra ser mais viável, seja este na Atenção Primária, nos serviços especializados ou em ambos. Assim, todos são responsáveis pela garantia do acesso, da equidade e da universalidade (PEREIRA, 2007).

A responsabilização compartilhada pelos casos visa aumentar a capacidade resolutiva da equipe local, estimulando a **interdisciplinaridade** e a **aquisição de novas competências** (BRASIL, 2004). Esse cuidado torna-se um dispositivo para que os usuários também possam se responsabilizar pelo seu tratamento, pelos seus sintomas e pela sua vida, produzindo outras relações com o seu processo de adoecimento.

No planejamento e organização destas ações devem ser consideradas as seguintes diretrizes gerais:

- Deve-se identificar, acolher e atender as demandas de saúde mental do território, em seus graus variados de severidade – os pacientes devem ter acesso ao cuidado em Saúde Mental o mais próximo possível do seu local de moradia, de seus laços sociais e familiares.
- Devem ser priorizadas as situações mais graves, que exigem cuidados mais imediatos (situações de maior vulnerabilidade e risco social).
- As intervenções devem se dar a partir do contexto familiar e comunitário – a família e a comunidade devem ser parceiras no processo de cuidado.
- É fundamental a garantia de continuidade do cuidado pelas equipes de Saúde da Família, seguindo estratégias construídas de forma interdisciplinar.
- As redes sanitária e comunitária são importantes nas estratégias a serem pensadas para o trabalho conjunto entre Saúde Mental e equipes de Saúde da Família.
- O cuidado integral articula ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial;
- A Educação Permanente deve ser o dispositivo fundamental para a organização das ações de Saúde Mental na Atenção Primária.



Geralmente, as **necessidades complexas** expressas por parte significativa da população não podem ser satisfeitas com base apenas em tecnologias utilizadas por esta ou aquela especialidade, mas sim, exigem:

- Esforços criativos e conjuntos inter e transdisciplinares;
- Mobilização de recursos institucionais e comunitários;
- Recursos materiais e subjetivos, que somente podem ser articulados a partir da construção de projetos terapêuticos singulares, pactuados com o usuário e sua rede social significativa (SMS, ARACAJU, 2003).

As particularidades da Saúde Mental na Atenção Primária e a necessidade de “ampliação da clínica” (Goldberg, 1996) devem fazer parte do conhecimento e do cotidiano das equipes de Saúde Mental que trabalharão junto às equipes de Saúde da Família.

**Busca-se evitar ações fragmentadas e aumentar a capacidade de acolhimento e de resolubilidade nesse nível de atenção.**

### Situações de riscos e definição de prioridades

As equipes da Atenção Primária se deparam com **situações de risco psicossocial** que exigem intervenção urgente, tais como:

- Cárcere privado;
- Abuso ou negligência familiar;
- Suspeita de maus tratos, abuso sexual de crianças e adolescentes;
- Violência intrafamiliar;
- Situações de violência entre vizinhos;
- Situações de extremo isolamento social;
- Situações de grave exclusão social (idoso ou pessoa com deficiência em situação de abandono, crianças e adolescentes em situação de risco pessoal ou social, população em situação de rua, etc);
- Indivíduos com história de múltiplas internações psiquiátricas, sem tratamento extra-hospitalar;
- Uso de medicação psiquiátrica por longo tempo sem avaliação médica;
- Problemas graves relacionados ao abuso de álcool e outras drogas;
- Crises psicóticas;
- Tentativas de suicídio;
- Crises convulsivas e convulsivas.



As **doenças crônicas não transmissíveis**, em especial **hipertensão** e **diabetes mellitus**, muitas vezes exige escuta ampliada dos aspectos subjetivos a elas vinculados. Frequentemente, casos considerados de difícil atenção estão associados a sofrimento psíquico e a problemas psicossociais. Essa situação também pode ocorrer na relação mãe-bebê e no cuidado ao desenvolvimento da criança, pois, muitas vezes, crises do ciclo vital não raramente são acompanhadas de sofrimento mental, o que gera prejuízos ao efetivo cuidado da criança.

Por atuarem no território, as equipes de Saúde da Família se deparam cotidianamente com a **violência**, que apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas. Agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional são formas de violência presentes cotidianamente na vida de grande parte dos brasileiros – todas elas, com um importante componente de sofrimento psíquico. O entranhamento do **racismo** e da **homofobia** na cultura brasileira e a persistente situação de **desigualdade das mulheres** na sociedade, sendo alguns dos determinantes da violência, são também determinantes sociais do sofrimento psíquico.

As ações de saúde pública são sempre práticas sociais e o entendimento dos determinantes sociais são fundamentais para entender os processos de adoecimento (ONOCKO CAMPOS & GAMA in CAMPOS e GUERREIRO, 2008). Dessa forma, as equipes da Saúde da Família, na medida em que reconhecem estes determinantes sociais do sofrimento, são estratégicas para a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação social e da exclusão social.

Muitos usuários da Atenção Primária frequentemente apresentam vários problemas simultaneamente (problemas psicológicos, físicos e sociais) e alto grau de comorbidade. Geralmente, há coexistência de quadros depressivos, ansiosos, de somatização e abuso de substâncias. Isso aponta para a necessidade de aumentar a detecção e a capacidade resolutiva para o tratamento das pessoas com transtornos mentais, bem como desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde. **Para tanto, faz-se necessário:**

- Ampliar as ações de saúde mental na Atenção Primária;
- Qualificar as equipes de Saúde da Família, juntamente com as equipes dos NASF e dos serviços de Saúde Mental.

## ARTICULAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM A REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

A articulação com os serviços especializados, principalmente com os CAPS, dentro da lógica matricial, organiza o fluxo de atendimento e o processo de trabalho de modo a tornar horizontais as especialidades e a permitir que estas permeiem toda a atuação das equipes de saúde. Muitos casos graves, que necessitariam de acompanhamento mais intensivo em um dispositivo de Saúde Mental de maior complexidade, permanecem na Atenção Primária por questões vinculares, geográficas e sócioeconômicas, o que reforça a **importância das ações locais** de Saúde Mental.

O **CAPS** é um serviço de referência para **casos graves**, que necessitem de cuidado mais intensivo e/ou de reinserção psicossocial, e ultrapassem as possibilidades de intervenção das equipes de Saúde da Família e das intervenções conjuntas com as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A Atenção Primária deve buscar uma integração permanente com o CAPS de seu território, levando em conta que também é tarefa do CAPS realizar ações de apoio matricial para a Atenção Primária.



Destaca-se a importância da integração entre as equipes de Saúde da Família e de NASF com os CAPS, a partir da organização de espaços coletivos de trocas, discussões de casos, construções de projetos terapêuticos, intervenções conjuntas entre as diferentes equipes, tendo como foco a singularidade de cada situação de saúde mental.

A Política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas propõe a constituição de uma rede que articule a Atenção Primária, os CAPS álcool e drogas (CAPS-ad), os leitos para internação em hospitais gerais (para desintoxicação e outros tratamentos), as estratégias de redução de danos, os consultórios de rua para usuários e dependentes de álcool e drogas que moram nas ruas, dentre outras estratégias.

Os municípios que não possuem CAPS ou outros serviços de saúde mental poderão apoiar a atenção primária/saúde da família, para a atenção em saúde mental, implantando a estratégia do apoio matricial.

Além dos serviços específicos de cuidados em Saúde Mental, das equipes de Saúde da Família e dos NASF, que viabilizam a construção de uma rede de atenção, estes dispositivos devem estar **articulados à rede de saúde em geral e também a outros recursos intersetoriais e da comunidade**. Como exemplo, o Programa Saúde na Escola (PSE), Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), como também podem ser citados os Centros de Convivência e Cultura, que existem em alguns municípios brasileiros, constituídos na intersectorialidade (saúde, ação social e cultura), que configuram-se como dispositivos importantes de inclusão social das pessoas com transtornos mentais, assim como outros dispositivos e experiências de promoção da Saúde Mental, criados na diversidade sócio cultural brasileira a partir das necessidades de cada realidade local.



## BIBLIOGRAFIA

- Aracaju. Secretaria Municipal de Saúde. Integração saúde mental na Atenção Básica. Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde; 2003.
- Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. Br J Psychiatry. 2001;178(3):228-33.
- Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care: making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. Br J Psychiatry. 2006;189(6):484-93.
- Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008: Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União, Brasília, 04 mar. 2008. Seção 1, p. 38-42.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional Saúde Mental: Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental no SUS: Relatório de gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Campos GWS. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec; 2003.
- Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007;23(2):399-407.
- Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008.
- Carlini EA, Galduroz JC, coordenadores. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. Brasília: SENAD/CEBRID; 2005.
- Cohen A, editor. Delivering mental health in primary care: and evidence-based approach. London: Royal College of General Practitioners; 2008.
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4a. edição. DSM-IV-TR. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- Fortes S, Villano L, Lopes C. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. Rev Bras Psiquiatria. 2008;30(1):32-7.
- Freire P. Pedagogia da autonomia: saber necessário à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1993.
- Goldberg DP, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock; 1992.
- Goldberg J. Clínica da psicose: um projeto na rede pública, 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Corá Editora / Instituto Franco Basaglia; 1996.
- Gonçalves D, Kapcsinski F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2008;24(7):1641-50.
- Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Liu J, Swartz M, Blazer DG. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. Br J Psychiatry. 1996;168(Supl30):17-30.
- Kirmayer LJ, Robbins JM. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence and sociodemographic characteristics. J Nervous Mental Dis. 1997;179(11):647-55.

- Lancetti A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: Jatene AD, Lancetti A, Mattos SAF, organizadores. Saúde e loucura: saúde mental e saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2000.
- Lima ARS. O desafio do apoio matricial em saúde mental feito às equipes de saúde da família em Aracaju. Cadernos IPUB. 2007;XIII(24):101-8.
- Lima MCP. Transtornos mentais comuns e uso de álcool na população urbana de Botucatu: um estudo de comorbidade e utilização de serviços [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
- Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006;22(8):1639-48.
- Mari JJ. Minor psychiatric morbidity in three primary care clinics in the City of São Paulo. Issues on the mental health of the urban poor. Soc Psychiatry Epidemiol. 1987;22:129-38.
- Mari JJ, Iacoponi E, Williams P, Simões O, Silva JBT. Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil. Rev Saúde Pública. 1987;21(6):501-7.
- Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2020. PLoS Med. 2006;3(4):442.
- OPAS, Ministério da Saúde. Relatório do seminário internacional sobre saúde mental na atenção básica, realizado em parceria MS/OPAS/UFRJ/Universidade de Harvard. Mimeo, 2002.
- Organização Mundial de Saúde, organização. Classificação de Transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- Pereira AA. Saúde mental para médicos e enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. Cadernos IPUB. 2007;XIII(24):101-8.
- Saraiva SI, Cremonese E. Implantação do modelo de apoio matricial em saúde mental no município de Florianópolis, SC. Brasília: Anais dos Trabalhos Premiados no III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família; 2008. p. 37-48.
- Ustun TB, Sartorius N. Mental illness in general health care: an international study. Chichester: John Wiley & Sons; 1995.
- Villano LA. Problemas psicológicos e morbidade psiquiátrica em serviços de saúde não psiquiátricos: o ambulatório de clínica geral [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; 1998.
- World Health Organization. mhGAP: Mental Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders [text on the internet]. Geneva: World Health Organization; 2008 [cited 2011 Nov 28]. Disponível em: <http://www.who.int/mental\_health/mhgap\_final\_english.pdf>.
- World Health Organization / World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: a global perspective [text on the internet]. Geneva: World Health Organization; 2008. [cited 2011 Nov 28]. Disponível em: <http://www.who.int/mental\_health/policy/integratingmhintoprimarycare2008\_lastversion.pdf>.
- World Health Organization. Europe. Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the Who European Ministerial Conference [text on the internet]. Copenhagen: Who Regional Office for Europe; 2005. [cited 2011 Nov 28]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/\_data/assets/pdf\_file/0008/96452/E87301.pdf>.
- World Health Organization. The World Health Report 2001 - Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001. [cited 2011 Nov 28]. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/>.







**CAPÍTULO 6: Redução de danos na Atenção Primária à Saúde: construindo a potência do encontro**



**Tópicos**

1. Introdução
2. Redução de danos e Atenção Primária à Saúde: encontros possíveis

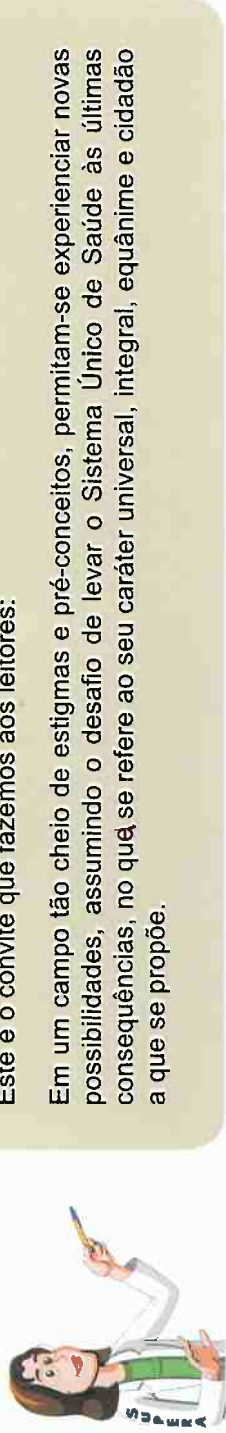
## INTRODUÇÃO

e, quem sabe elaborar conjuntamente novos saberes, valorizando o conhecimento de cada trabalhador em saúde que, cotidianamente, faz de seu trabalho um exercício de ética e construção.

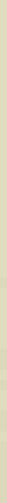
## Reflexão:

- As drogas fazem parte de nossas sociedades, nos colocando diante do desafio de lidarmos com o problema do uso, abuso e dependência química na busca da melhoria da qualidade de vida das pessoas e das coletividades.
- Mas em que momento o uso de drogas passa a ser um problema de saúde?
- Por que a droga acaba ocupando um espaço tão significativo e problemático nas sociedades contemporâneas?
- Como garantir o acesso à saúde de forma integral, humanizada e singular às pessoas que usam drogas?
- Em que medida a Atenção Primária à Saúde (APS) oferece ferramentas para lidar com estas questões

pautado nas noções de cidadania e participação social. A partir de então, toma-se como preceito a participação direta dos usuários do sistema nas decisões, abrindo espaço para as construções coletivas e horizontalizadas.



Este é o convite que fazemos aos leitores:



Em um campo tão cheio de estigmas e pré-conceitos, permitam-se experimentar novas possibilidades, assumindo o desafio de levar o Sistema Único de Saúde às últimas consequências, no que se refere ao seu caráter universal, integral, equânime e cidadão a que se propõe.

Este curso não pretende oferecer respostas fechadas ou soluções prontas, mas almeja rever conceitos, revisar práticas e, quem sabe elaborar conjuntamente novos saberes, valorizando o conhecimento de cada trabalhador em saúde que, cotidianamente, faz de seu trabalho um exercício de ética e construção.

A busca de novas práticas passa, também, pela construção de novas formas de enunciar, de maneira que, neste capítulo, usaremos as expressões “pessoas que usam drogas” para designar aqueles que mantêm alguma relação com estas substâncias, sejam elas lícitas ou ilícitas, seja esta relação de maior ou menor dependência. O termo “usuários” será utilizado para falar de todos aqueles cidadãos que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS).

## Marcadores históricos e conceituais

O Brasil é mundialmente reconhecido pela Reforma Sanitária e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, o Brasil inscreve-se no cenário mundial, servindo de modelo no que diz respeito à democratização da saúde, que passa a ser “**direito de todos e dever do Estado**”.

O SUS, dessa forma, busca a superação da racionalidade assistencial hegemônica até então, pretendendo-se um sistema pautado nas noções de cidadania e participação social. A partir de então, toma-se como preceito a participação direta dos usuários do sistema nas decisões, abrindo espaço para as construções coletivas e horizontalizadas.



| DATA | FATO HISTÓRICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1926 | Na Inglaterra, surgiam as primeiras sementes do conceito de "redução de danos". Um grupo de médicos defendia que a maneira mais adequada de tratar dependentes de morfina, ou heroína, era sua administração por equipes de saúde, monitorando o uso e proporcionando alívio dos sintomas de abstinência, ou ajudando na administração das drogas para aquelas pessoas que não desejavam interromper o uso;                                |
| 1984 | Em Amsterdã, uma associação de usuários de drogas injetáveis, buscando a melhoria de sua qualidade de vida e preocupada com a crescente contaminação pela hepatite B, inicia um programa experimental de troca de seringas usadas por novas. Mais tarde, esta estratégia passa a ser adotada para prevenção, também, da contaminação pelo vírus HIV;                                                                                       |
| 1989 | No Brasil, o município de Santos realizou a primeira tentativa de implantar um programa de redução de danos. Impedidos de fornecer seringas para usuários de drogas injetáveis como forma de evitar a contaminação pelo vírus HIV, os profissionais estimulavam o uso de hipoclorito de sódio para a desinfecção de agulhas e seringas reutilizadas.                                                                                       |
| 1993 | Através de ações não governamentais, Santos – SP implantou o primeiro projeto no Brasil, lançando mão da figura dos "redutores de danos" como agentes de promoção e prevenção em saúde.                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 1995 | A Bahia implantou o primeiro projeto de troca de seringas no Brasil. A partir de então, inúmeros Programas e Projetos de Redução de Danos são implantados em vários Estados Brasileiros, corporificando esta como uma estratégia consistente na atenção às pessoas que usam drogas.                                                                                                                                                        |
| 2004 | O Ministério da Saúde, através da Política de Atenção Integral a Usuários de Alcool e Outras Drogas, sistematiza o conceito de redução de danos adotado, em consonância com os movimentos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Assim, ressalta a necessidade de múltiplas possibilidades de atenção tendo em vista a multiplicidade dos sujeitos, apostando na defesa da vida, no aumento do grau de liberdade e na corresponsabilidade. |

Dessa forma, percebemos o encontro das ideias que norteiam a criação do SUS com aquelas que fundam a **redução de danos**, ou seja, perspectivas amparadas no respeito ao desejo do outro, na intervenção da saúde sem atravessamentos morais e na busca da melhoria da qualidade de vida de todas as populações.

O conceito clássico de redução de danos, surgido a partir dos **Programas de Troca de Seringas**, foi incorporado e revisitado pelo SUS. Ampliando a concepção da redução de danos, hoje a entendemos muito mais como uma lógica, uma perspectiva de trabalho do que uma técnica em si.



A seguir, abordaremos cada uma dessas questões, buscando refletir sobre as possibilidades deste encontro.

#### Dificuldades

Muitas pessoas que usam drogas procuram a Atenção Primária à Saúde, mas nem sempre os profissionais de saúde, das diferentes formações, conseguem identificá-las. Isso porque, em geral, as pessoas sentem dificuldades para falar sobre si com outra pessoa, se não houver um vínculo e relação de confiança estabelecida.

Não podemos esquecer que o uso de drogas – principalmente, mas não exclusivamente, as ilícitas – é uma **condição clandestina**, pela qual as pessoas não querem ser identificadas ou, até mesmo, rotuladas. O medo de sofrerem retaliações por seus atos as afasta da possibilidade de buscarem atendimento, agravando seu estado de saúde física, psíquica e social.

Esse temor faz com que, muitas pessoas que usam drogas, não procurem seus direitos, como se tivessem de abdicar da condição de cidadãos, aceitando ocupar a condição de marginalidade. Neste sentido, o território da Atenção Primária à Saúde torna-se um campo potente de intervenções com as pessoas que usam drogas, pois possibilita que estas conheçam as equipes de saúde, criem laços de confiança, identificando profissionais com os quais se sentem mais à vontade para colocarem suas questões.



É fundamental que todos da equipe, do vigilante ao coordenador, estejam disponíveis para o acolhimento, que, muitas vezes, pode definir a possibilidade de atenção à saúde das pessoas que usam drogas. Quando conseguem então buscar a Atenção Primária à Saúde, na grande maioria das vezes, essas pessoas fazem o seguinte pedido: “**quero me internar!**”. Não raro, vemos pessoas com as mais diversas relações com as drogas – das mais intensas às experimentais – trazendo essa mesma questão.

#### Mas por que será que isso acontece? O que podemos ler neste pedido?

Se pararmos para escutar mais atentamente essas pessoas, vamos perceber que geralmente pedem por internação por ser essa a **única possibilidade que conhecem**. Isso se dá em função de que, apesar de a lei datar de 2001, a **Reforma Psiquiátrica** em âmbito nacional, que promoveu inúmeros avanços, ainda tem um longo caminho a percorrer.

Muitas pessoas que usam drogas vislumbram apenas a internação como possibilidade de atendimento em saúde mental, desconhecendo os dispositivos que a Saúde Mental oferece atualmente em todo território nacional. Portanto, é tarefa dos profissionais de saúde:

Conhecer os recursos da rede e construir junto com as pessoas que usam drogas as possibilidades de atenção a cada sujeito, de forma singularizada, apresentando novas possibilidades, novas subjetividades.

Vale lembrar que a perspectiva da **Reforma Psiquiátrica**, que recoloca a questão da saúde mental a partir da máxima de que a liberdade é terapêutica, vive em constante **disputa** com a **lógica higienista**, individualizante, que coloca o hospital/manicômio no centro da questão. Esta perspectiva utiliza-se do pressuposto de que as pessoas que usam drogas são sujeitos incapazes, que não têm controle sobre si e por isso precisam ser tutelados, assim como os loucos.

Essa lógica culpabiliza os sujeitos sem, entretanto, conseguir ampliar o olhar para o contexto mais amplo em que se dá a relação das pessoas com as drogas.

Antes de qualquer coisa, precisamos sempre lembrar que **todo ponto de vista é a vista a partir de um ponto**. Precisamos investir no exercício de considerar o significado que a droga tem na vida daquela pessoa:

- Para muitos, o uso de drogas é a única via de prazer possível na vida;
- Outros buscam na droga alguma companhia e parceria;
- Outros tantos acabam buscando este caminho pelo envolvimento com o tráfico, que por vezes se oferece como uma das raras oportunidades de trabalho.

Só poderemos ajudar as pessoas que usam drogas a reverem seu uso, priorizando sua saúde e cuidado de si, se compreendermos, junto com elas, que espaço a droga ocupa em sua vida e de que forma é possível transformar essa ocupação em algo menos danoso.

**Acompanhar a história dessas pessoas**, identificando sua relação com a droga, é fundamental para que possamos identificar os recursos disponíveis e indicados a cada situação. Precisamos, junto com os usuários do SUS – de forma geral e neste caso, com as pessoas que usam drogas – traçar estratégias de atenção que contemplem suas necessidades.

A **proximidade**, que o território e a população adscrita proporcionam, abre espaço para o efetivo processo de construção de saúde das pessoas e das comunidades.

O **trabalho em equipe**, por exemplo, pautado na construção coletiva de diferentes saberes, oxigena as práticas, diminuindo as fronteiras entre os profissionais e, consequentemente, entre estes e os usuários. O trabalho em equipe multiprofissional e a diversidade de formações oferecem olhares que se complementam e possibilitam um importante exercício de troca. Assim, compreendemos equipe de saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde:

Formada por **todos aqueles trabalhadores da Unidade de Saúde**, sendo profissional da saúde ou não.

Isso porque muitas vezes aqueles que não têm formação específica no campo da saúde acabam sendo – talvez até por isso – solicitados pelos usuários, tornando-se figuras importantes no acolhimento na Atenção Primária à Saúde.

Dessa forma, compreendemos por equipe de saúde, toda a equipe de trabalho, incluindo os Agentes Comunitários de Saúde, os auxiliares de serviços gerais e os vigilantes, sendo necessário que todos estes tenham intimidade com a lógica de trabalho da Atenção Primária à Saúde e os fluxos da Unidade.



### O Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Vale a pena nos debruçarmos um pouco mais sobre o Agente Comunitário de Saúde. Este surge na Saúde da Família com uma **grande responsabilidade**: a de ser o elo entre as comunidades – com seus valores, saberes, vivências – e as equipes de saúde. Assim, circulam por diferentes mundos, tendo que dar conta das demandas que emanam das relações cotidianas no local onde moram e daquelas produzidas pelas necessidades em saúde. Por serem das localidades, são peças-chave na construção de vínculo dos usuários com o sistema de saúde como um todo, apresentando a Atenção Primária à Saúde como possibilidade de cuidado em saúde de forma ativa e sistemática.



Quando pensamos nas pessoas que usam drogas, os Agentes Comunitários de Saúde podem ser importantes colaboradores no processo de criação de confiança necessária ao atendimento. Através do Agente Comunitário de Saúde podemos mostrar às pessoas que usam drogas que os **profissionais da saúde são agentes de saúde e não agentes da justiça ou da repressão**. A nós, que estamos no dia a dia em contato com os mais diversos hábitos de vida e em busca da melhoria da qualidade de vida das comunidades, não cabe julgar o que é certo ou errado, bom ou ruim. Estes julgamentos, além de serem conceitos extremamente abstratos e relativos, podem ser um grande entrave no atendimento aos usuários em geral e em especial às pessoas que usam drogas. Dessa forma, precisamos estar disponíveis ao encontro e a conhecer de forma profunda cada realidade, cada subjetividade, tendo o Agente Comunitário de Saúde como o elo forte dessa ligação.

O **desafio do território** pode ser um tema delicado quando levamos em consideração o tráfico e as áreas de risco das comunidades. O mesmo território que aproxima, pois as pessoas que usam drogas criam intimidade com os trabalhadores da Unidade de Saúde, é o que distancia, na medida em que trazer a problemática do uso de drogas para o profissional acaba sendo, ao mesmo tempo, trazê-la ao vizinho.

A figura do Agente Comunitário de Saúde **não está livre de conflitos**, pois o mesmo aspecto que traz potencialidades traz também tensões. Justamente pelo contato diário e pelo contato que extrapola o aspecto profissional, o Agente Comunitário de Saúde, mais do que os outros membros da equipe, corre o risco de misturar de forma delicada essas relações.

Ao Agente Comunitário de Saúde cabe o desafio:

- Manter uma postura profissional em todos os momentos, sabendo lidar com questões cruciais como o sigilo e a confiança;
- Para tanto, as **reuniões de equipe** e discussões de situações são momentos importantes, nos quais todos somam esforços para lidar com a peculiaridade sensível deste novo trabalhador da saúde, revisitando, sempre que possível, as intervenções e os dilemas éticos que surgem dessa relação tão próxima.

### O tráfico de drogas

Não podemos deixar de lado a indissociabilidade do uso de drogas ilícitas com o tráfico de drogas:

- Muitas vezes, as pessoas que usam drogas procuram de forma desesperada a internação para “darem um tempo”, como costumam dizer, ou seja, saírem por um tempo da cena do tráfico;
- Em alguns casos, as pessoas correm risco de vida em função do emaranhado de complexas relações de poder que o tráfico instaura e precisamos ter isso em mente ao pensarmos estratégias de proteção a estas pessoas, lançando mão de aparatos institucionais quando necessário (abrigos, casas de acolhimento etc.).

O tráfico é um dos entraves na relação entre pessoas que usam drogas e os profissionais da saúde e da assistência social. Muitas equipes acabam não conseguindo enxergar as pessoas do seu território que usam drogas por medo de retaliações e agressões.

A **necessidade de proteger-se** é real e por isso é preciso que os profissionais que atuam nas comunidades aprendam a identificar e respeitar as regras locais. Isso não significa ser conivente com a violência, mas compreender que a saúde não pode dar conta, de forma isolada, da complexidade das relações em comunidades periféricas, assumindo para si a tarefa de acabar com a violência. À saúde cabe, sim, a tarefa do cuidado que compreenda a todos sem preconceitos e julgamentos morais.

Um dos **paradoxos** com os quais devemos lidar em saúde é o da **medicalização da vida**. Vivemos tempos em que para tudo há um remédio: para quem está triste, para quem está nervoso, para quem não dorme, para os irritados, ansiosos etc. Isso não quer dizer que não devemos lançar mãos dos recursos tecnológicos dos quais dispomos, não quer dizer que as medicações, em muitos casos, não sejam fundamentais na atenção às pessoas que usam drogas.

Entretanto, é necessário prestar atenção aos discursos que produzimos no cotidiano da Atenção Primária à Saúde, pois não raro vemos pessoas que usam drogas se tornando **dependentes de ansiolíticos**.

A **banalização da medicação** e a prescrição descriteriosa podem nos levar à reprodução da lógica do consumo que deu origem ao uso de drogas, repetindo uma mesma história com elementos diferentes. O cuidado nas prescrições deve ser constante, buscando sempre refletir sobre a indicação e a relação custo-benefício, sob pena de trocarmos uma dependência pela outra.

### Sentimento de despreparo das equipes de saúde e da assistência social

Outra questão que, por vezes, pode dificultar a atenção às pessoas que usam drogas é o sentimento de despreparo das equipes de saúde e da assistência social. Muitas vezes, estes profissionais alegam que não têm formação específica para trabalhar com dependência química e que este trabalho é, de antemão, muito frustrante, já que desperta a sensação de impotência. Eis um ponto chave na relação com as pessoas que usam drogas:

A frustração surge, muitas vezes, devido às expectativas dos profissionais da saúde e da assistência social, que, muitas vezes, não consideram os desejos e necessidades dos próprios usuários.

Se, na relação de cuidado em saúde, depositarmos no outro o desejo que é puro e simplesmente nosso, dificilmente vamos ter a sensação de ter alcançado o desejado. **Precisamos ter cuidado para não incorreremos no velho hábito de acreditarmos que sabemos o que é melhor para o outro**. Claro, como profissionais, temos muitos indicadores do que são fatores de proteção à saúde, mas não podemos perder de vista que a construção da saúde não pode ser um processo verticalizado, no qual o outro deve assumir para si o que vem de fora.



Para que a construção da saúde faça sentido, **as pessoas que usam drogas precisam ser agentes deste processo**, o que só é possível quando levamos em consideração seus pensamentos, sentimentos e suas escolhas. Assim, a potência para transformação surge do encontro, da construção dessa dupla (ou trio, ou quarteto...) de forma respeitosa e coletiva, desde a troca de sentimentos, saberes e experiências. Se quisermos apostar na capacidade do outro de transformação não podemos, de antemão, desisti-lo de sua autonomia e de seu desejo.

Trabalhar na perspectiva da saúde pautada pelos ideais do SUS, a partir do lugar da Atenção Primária à Saúde, **exige o exercício constante de revisão do conceito de saúde** que fundamenta nossas práticas. A cada ato em Atenção Primária à Saúde se coloca o desafio de superar a noção de saúde como ausência de doença e compreendê-la como um processo que envolve as mais diversas dimensões da vida dos sujeitos, criando espaços para as mais diversas produções de vida. Apesar dos grandes avanços em termos de política nacional de Atenção Primária à Saúde, ainda encaramos o desafio de fazer de nossas Unidades de Saúde territórios de saúde e não de doenças. Com isso, queremos dizer que **as equipes de Saúde da Atenção Primária precisam estar atentas à possibilidade de produção de qualidade de vida**, indo além do sistema demanda-atendimento-tratamento-cura e ampliando suas possibilidades.

Trabalhar com o **conceito de qualidade de vida** para as pessoas que usam drogas envolve **pensar a saúde inserida num contexto**, levando em consideração que o autocuidado envolve possibilidades de lazer, acesso à educação, entre outros.

Assim, as ações intersetoriais precisam fazer parte do cotidiano da Atenção Primária à Saúde, abrindo as Unidades de Saúde para atividades que ultrapassam aquela velha noção do que deve ser feito num “postinho”.

Por que não incluir na agenda de atividades da equipe de saúde atividades culturais, educativas, que não tenham, necessariamente, alguma ligação direta com saúde?

Muitas vezes nos limitamos a convidar as pessoas a irem às Unidades de Saúde para falar de saúde e precisamos lembrar que falar de saúde não é apenas falar de pré-natal, diabetes ou hipertensão. Falar de saúde, a partir da perspectiva da busca da qualidade de vida, é **falar de tudo aquilo que faz com que nossa vida possa ter possibilidades**, é falar do encontro com o outro, da dimensão afetiva e prazerosa.

Precisamos, no cotidiano do trabalho em saúde, exercitar uma **escuta qualificada** que coloque o sujeito em primeiro plano e que trabalhe com ele, ao seu lado, na construção de sua demanda em saúde, elaborando planos terapêuticos singulares, humanizados e contínuos.

É preciso **resgatar o cidadão por trás das pessoas que usam drogas**, reduzindo danos, valorizando o que há de vital e construtivo sob a aparência de pura tragédia e desumanidade. A química da droga é importante sim, levando em conta suas características e efeitos fisiológicos, mas este é apenas um dos fatores e nem sempre **o mais importante**:

Muitas vezes o que se destaca como grande empecilho é a exclusão social e cultural.

Lançar mão das **ferramentas da Atenção Primária à Saúde** pode ser de grande valia na atenção às pessoas que usam drogas. O registro em prontuário, as reuniões de equipe, discussão de situações, planos de intervenção singulares, espaços de estudo e realização de parcerias intersetoriais são fundamentais para a qualificação do trabalho e apoio entre profissionais.

As **parcerias** são fundamentais quando traçamos estratégias em relação ao uso, abuso e dependência química. Neste sentido, precisamos mapear, com o maior cuidado possível, todos aqueles que são ou podem vir a ser parceiros. As famílias, por exemplo, geralmente encontram-se bastante desgastadas e sobrecarregadas com a situação do familiar que usa drogas.

Quando as pessoas que usam drogas chegam aos serviços de saúde já se encontram, de forma geral, desacreditadas por tudo e por todos. À primeira vista, talvez pareça difícil contar com a família, mas normalmente há alguém, da família direta ou indireta (incluindo vizinhos, colegas, amigos) disposto a investir naquela pessoa. Um **olhar sensível e o envolvimento efetivo** com a situação permitem que encontremos os aliados necessários para o cuidado às pessoas que usam drogas. Além da família, as parcerias institucionais são de suma importância. O **trabalho conjunto** da Atenção Primária à Saúde e das equipes dos Programas de Redução de Danos, nos municípios que dispuserem desta alternativa, consiste em uma estratégia no enfrentamento dos desafios apontados. A aproximação das figuras do redutor de danos e do agente comunitário de saúde, que têm papéis bastante semelhantes, pode oferecer grandes e boas surpresas às equipes e comunidades.

Se colocar como **parceiro qualificado** das pessoas que usam drogas, talvez seja o que nos falta construir na busca de alternativas que, de fato, respondam às necessidades de saúde e sociais destes sujeitos. As estratégias limitadas à perspectiva da abstinência acabam reconhecendo e aprofundando a fraqueza: “você tem que reconhecer que você é fraco, que você é dependente, impotente perante a droga”. Por outro lado, a redução de danos surge como um território de valor, que ressalta a possibilidade de vitória e não de fracasso.

As pessoas que usam drogas **precisam de espaços para conversar**, espaços que possibilitem redescobrir seu valor e a redução de danos vem trazer essa possibilidade. Compreender o uso de drogas como um sintoma social nos permite buscar estratégias que trabalhem desde a perspectiva do resgate de cidadania, do fortalecimento da autonomia dos sujeitos e da corresponsabilidade Estado/Cidadão pelo cuidado à saúde e a Atenção Primária à Saúde se oferece como ótima parceira para isso.

Assim como não é possível tratar toda forma de uso da mesma maneira, **não basta apenas tentarmos reprimir ou extirpar a droga da nossa sociedade**. É necessário compreender e intervir nas razões pelas quais as drogas acabam substituindo temporariamente outras tantas relações (familiares, afetivas, sociais, políticas, etc).

Num mundo onde a máxima “ter” se sobrepõe a “ser” e num país onde grande parte da população não tem acesso aos bens e serviços que minimamente lhes garantam uma vida boa e tranquila, precisamos ser uma **opção além da droga**. Na lógica do consumismo, as drogas passam a ocupar não mais o lugar do divino ou do sagrado, como antigamente, mas passam a ser apenas mais um produto de consumo que promete felicidade, tal qual a margarina que traz a promessa da família feliz ou o analgésico que garante um dia maravilhoso.

Precisamos oferecer o **cuidado em saúde como uma possibilidade atrativa**, que qualifique os sujeitos e resgate aspectos relacionados ao exercício da cidadania. Precisamos “estar ali”, simplesmente, nos colocando não como os grandes salvadores dos males da humanidade, mas como humanos e parceiros, dispostos a descobrir e construir juntos caminhos alternativos aos já traçados no mundo da exclusão.

A guerra às drogas, numa história onde a droga dificilmente deixará de fazer parte das relações, enquanto houver Homens no planeta, acaba sendo uma guerra às pessoas que usam drogas, pois estas são cada vez mais prejudicadas, excluídas e rechaçadas. Potencializar saúde na contemporaneidade é resgatar as possibilidades de ser e estar no mundo de cada sujeito, respeitando sua história e suas vivências, valorizando sua singularidade.



A Atenção Primária à Saúde se oferece como território potente, espaço aberto à criação de novos saberes e resgate de cidadania. Precisamos, do ponto de vista dos trabalhadores, ampliar nossos olhares, abandonar velhas receitas que prometem curas milagrosas e lidar com a perspectiva da clínica ampliada, que recoloca os sujeitos a partir de suas histórias e seus contextos.

É preciso lembrar que a redução de danos é uma perspectiva que amplia, que inclui, e não o contrário. Nessa abordagem cabem muitas propostas, desde o uso controlado e seguro à abstinência, sendo que o mais importante não é a técnica, mas a relação que se estabelece e resgata possibilidades afetivas.

**Apenas assim conseguiremos fazer diferença na vida e na qualidade de vida dessas pessoas e, quem sabe, transformarmos um pouco a realidade ao nosso redor.**

## BIBLIOGRAFIA

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, 2ª ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Brasil, Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular, 2ª edição. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007;23(2):399-407.
- Coimbra C. Operação Rio - mito das classes perigosas: um estudo sobre a violência urbana, a mídia impressa e os discursos de segurança pública. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, Niterói: Intertexto; 2001.
- Conte M, Mayer RTR, Reverbel C, Sbruzzi C, Menezes CB, Alves GT, ET al. Redução de Danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. Boletim de Saúde – SES/RS, 2004;18(1):59-78.
- Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Ed. Hucitec; 2005.
- Domanico A. "Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo dos nóias!" Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil [tese]. Salvador: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia; 2006.
- Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: HUCITEC; 2006.
- Lancetti A. Saúde mental e saúde da família. Revista Saúde Loucura 7, 2ª edição. São Paulo: Hucitec; 1994.
- Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004, p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- Nascimento ABN. Uma visão crítica das políticas de descriminalização e de patologização do usuário de drogas. Rev Psicol Estudo (Maringá). 2006;11(1):185-90.
- Scóz TMX, Fenili RM. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. Rev Eletrônica Enferm. 2003;5(2):71-7. [citado 2011 Nov 28]. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista5\\_2/pdf/mental.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_2/pdf/mental.pdf)>.
- Soares LE, Athayde C, MV Bill. Cabeça de porco. Rio de Janeiro: Objetiva; 2005.
- Souza TP. Redução de Danos no Brasil: a clínica e a política em movimento [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia; 2007.



ATIVIDADES

Teste seu conhecimento

1. Sobre a Redução de Danos, é INCORRETO afirmar que:

a) Ações de redução de danos pressupõem práticas em saúde que considerem cada sujeito, que valorizem sua autonomia e que tracem planos de ação que priorizem a qualidade de vida

b) Redução de danos consiste na proteção das pessoas que usam drogas até que todas atinjam a abstinência

c) A redução de danos nos aponta que precisamos reduzir os danos e não as pessoas

d) Trabalhar na perspectiva da redução de danos consiste em lançar mão de estratégias que levem em conta cada situação, seja o uso protegido, a diminuição do uso ou, inclusive, a abstinência
2. Sobre o histórico da Redução de Danos, marque a afirmação CORRETA:

a) Em Amsterdã surgiram as primeiras ideias do conceito de redução de danos

b) No Brasil, o município da Bahia realizou a primeira tentativa de implantar um programa de redução de contaminação pelo vírus HIV

c) O Ministério da Saúde, através da Política de Atenção Integral a Usuários de Alcool e Outras Drogas, ressalta a necessidade de múltiplas possibilidades de atenção, apostando na defesa da vida, no aumento do grau de liberdade e na corresponsabilidade dos usuários

d) Na Inglaterra, uma associação de usuários de drogas injetáveis, preocupada com a crescente contaminação pela hepatite B, inicia um programa experimental de troca de seringas usadas por novas
3. Sobre Redução de Danos na Atenção Primária à Saúde (APS), marque a alternativa INCORRETA:

a) A interface entre Redução de Danos e Atenção Primária à Saúde aponta várias possibilidades de encontros, tais como: o trabalho pautado na confiança e no vínculo, a existência de uma equipe, a participação do Agente Comunitário de Saúde e a articulação intersetorial

b) Os Agentes Comunitários de Saúde podem colaborar na construção do vínculo de confiança entre as pessoas que usam drogas e a equipe de saúde da Atenção Primária

c) Muitas equipes de Atenção Primária à Saúde sentem-se despreparadas e impotentes no atendimento das pessoas que usam drogas, o que pode ser gerado pelo fato de que não consideram a história e o desejo dos usuários de drogas

d) O registro em prontuário, as reuniões de equipe, as discussões de caso, os planos de intervenção, pouco auxiliam as equipes de APS na qualificação do seu trabalho junto às pessoas que usam drogas

4. Leia com atenção as seguintes afirmativas sobre a atenção às pessoas que usam drogas na Atenção Primária à Saúde (APS)

I. É fundamental que todos os integrantes da equipe de APS estejam disponíveis para o acolhimento das pessoas que usam drogas

II. Muitas pessoas que usam drogas procuram os profissionais da APS solicitando internação, pois a percebem como a única possibilidade de atendimento em saúde mental

III. É tarefa dos profissionais da APS conhecer os recursos da rede e construir, junto com as pessoas que usam drogas, as possibilidades de enfrentamento para os problemas vivenciados

IV. Na atenção às pessoas que usam drogas é importante que os profissionais considerem o significado que a droga ocupa na vida de cada pessoa
- Agora responda:

a) Somente as afirmações 1 e 4 estão corretas

b) Somente as afirmações 2 e 3 estão erradas

c) Somente a afirmação 1, 2 e 3 estão corretas

d) Somente as afirmações 1, 2 e 4 estão erradas

e) Todas as afirmações estão corretas



# VIVAVOZ

LIGUE PRA GENTE. A GENTE LIGA PRA VOCÊ.

0800 510 0015

Orientações e informações sobre a prevenção do uso indevido de drogas

## UMA BOA CONVERSA PODE SER UM BOM COMEÇO

Falar sobre drogas nunca é fácil, mas pode ser a principal atitude para não se deixar envolver por elas. Esta é uma das razões para a criação do VIVAVOZ. Mais do que repressão, é preciso compreensão. A informação pode ser decisiva na hora de ajudar familiares de usuários, pessoas que já têm problemas ou até quem não quer usar drogas, sejam legais ou ilegais. Pois, no final das contas, é sempre uma questão de escolha individual, na qual conhecer as consequências do uso dessas substâncias pode ser decisivo. E, com uma boa conversa pelo VivaVoz, pode ficar mais simples entender tudo isso.

## O QUE É O VIVAVOZ?

O VIVAVOZ é uma central telefônica de orientações e informações sobre a prevenção do uso indevido de drogas. O telefonema é gratuito e o atendimento é sigiloso. A pessoa não precisa se identificar.

## É BOM FALAR COM QUEM ENTENDE

- O atendimento é realizado por consultores capacitados e supervisionados por profissionais, mestres e doutores, da área da saúde
- Os profissionais indicam locais para tratamento
- Oferecem aconselhamento por meio de intervenção breve para pessoas que usam drogas e seus familiares
- Prestam informações científicas sobre drogas

O VIVAVOZ é resultado de uma parceria entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, a Universidade Federal de Ciências de Saúde de Porto Alegre e o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), do Ministério da Justiça.

0800 510 0015



## **MÓDULO 1**

O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais

## **MÓDULO 2**

Efeitos de substâncias psicoativas no organismo

## **MÓDULO 3**

Deteção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas

## **MÓDULO 4**

Intervenção Breve para casos de uso de risco de substâncias psicoativas

## **MÓDULO 5**

Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas

## **MÓDULO 6**

As redes comunitária e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas

## **MÓDULO 7**

A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede da Atenção Primária à Saúde

## **GUIA DO ESTUDANTE**

## **VÍDEOS**

## **7 MÓDULOS E GUIA DO ESTUDANTE EM CD**

