



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional.

Sub-Eixo: Ênfase em Trabalho Profissional.

ACOLHIMENTO DE USUÁRIOS DE DROGAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Clara Barbosa de Oliveira Santos¹

Cosme Rezende Laurindo²

Daniele Knopp Ribeiro³

Marina Ribeiro dos Santos⁴

Resumo: O acolhimento às pessoas que usam drogas deve ser realizado a partir de ações descentralizadas e territorializadas, visando a ampliação do acesso e o fortalecimento da reabilitação psicossocial. A Unidade Básica de Saúde (UBS), enquanto integrante da rede de cuidados e porta de entrada preferencial da rede assistencial, deve promover ações aos usuários de drogas, suas famílias e comunidade, visando superar o modelo biomédico, a partir da clínica ampliada e da reestruturação da prática profissional.

Palavras-chave: Drogas. Acolhimento. Atenção Básica.

Abstract: The reception of drug users should be based on decentralized and territorialized actions aimed at increasing access to and strengthening psychosocial rehabilitation¹. The Basic Health Unit (UBS), as a member of the network of assistance and the preferential gateway of the health care network, should participate in the action of its mothers, their campaigns and the community, aiming to overcome the biomedical model, from the clinical practice and the restructuring of professional practice.

Keywords: Drugs. Reception. Primary Care.

A história das drogas está diretamente relacionada à história da humanidade. Não é possível pensar uma sociedade sem a presença das drogas e, por séculos, foi feito um uso indiscriminado das mesmas, para fins religiosos, culturais, medicinais e recreativos.

Neste artigo, não vamos entrar nos pormenores deste processo, mas será considerado o uso particular das drogas dentro do contexto de afirmação da sociedade burguesa (dita “moderna”) – momento em que o uso das drogas passou a ser marcado pelo proibicionismo, que marca uma diferença em relação aos tipos de uso tradicional e sua relação com os serviços de saúde, que acolhem a população diretamente afetada pelo uso das drogas.

¹ Estudante de Pós-Graduação, Universidade Federal de Juiz de Fora, E-mail: clarab.santos7@gmail.com.

² Estudante de Pós-Graduação, Universidade Federal de Juiz de Fora, E-mail: clarab.santos7@gmail.com.

³ Profissional de outras áreas, Universidade Federal de Juiz de Fora, E-mail: clarab.santos7@gmail.com.

⁴ Estudante de Pós-Graduação, Fundação Oswaldo Cruz, E-mail: clarab.santos7@gmail.com.

O uso das drogas passa a ser encarado como um problema por certas sociedades num determinado momento histórico. Para Saad (2001) nesse contexto aparecem as noções de dependência de drogas ou de perda de controle da substância, vista como causadora de prejuízos de várias áreas da vida do indivíduo e, para lidar com isso, surgem vários tipos de tratamentos para controlar este “mal”, de diferentes filosofias e com explicações causais também particulares. (TORCATO, 2016)

As drogas passam a ser associadas como um “problema”, no momento em que a medicina é consolidada como ciência (TORCATO, 2016), e são divididas nas categorias “lícitas” e “ilícitas”. A partir disso, aqueles indivíduos que fazem uso das drogas tidas como “ilícitas” são tratados de maneira polícialasca e violenta, e esse processo abre o precedente para a realização de verdadeiras (e lucrativas) “guerras às drogas”

Tomando o Brasil especificamente, após a Lei 11.343/2006, a Lei das Drogas foi o marco formal do incremento do encarceramento brasileiro, aumentando, consideravelmente, a população carcerária. Esse quantitativo é ressaltado em vários estudos nacionalmente. Borges (2018), por exemplo, em sua obra “O que é encarceramento em massa?” coloca que “Em 1990, a população carcerária tinha pouco mais de 90 mil pessoas. Entre 1990 e 2005, o crescimento da população prisional foi de, aproximadamente, 270 mil em 15 anos. De 2006 até 2016, o aumento foi de 300 mil pessoas”.

Machado e Miranda destacam outros elementos em seu trabalho, ressaltando o atraso do Sistema Único de Saúde (SUS) tratar o consumo de drogas como um caso de saúde pública:

Quando estabeleceu a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas em 2003, o Ministério da Saúde reconheceu o que houve um atraso histórico do Sistema do Único de Saúde (SUS) na assunção da responsabilidade pelo enfrentamento de problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas. Esse atraso remete a dois aspectos que caracterizam a história das intervenções dos governantes brasileiros na área de álcool e outras drogas: as abordagens, intervenções e políticas foram original e predominantemente desenvolvidas no campo da Justiça e da segurança pública; e as dificuldades para o enfrentamento dos problemas associados a consumo de álcool e outras drogas, na agenda da saúde pública. (MACHADO, 2007, p. 801)

Um dos grandes efeitos da guerra às drogas é o genocídio de jovens, negros e pobres (SMALL, 2016). No ano de 2017, o número de pessoas mortas pela polícia no mesmo estado foi de 1.035 pessoas, o maior índice desde 2009 (CERQUEIRA, 2017).

Se buscarmos uma análise a partir da interseccionalidade entre gênero, raça e classe na produção da subordinação social, perceberemos a vulnerabilidade da mulher encarcerada no Brasil: jovem (metade tem até 29 anos), solteira (57%), negra (67%), com escolaridade extremamente baixa (50% não concluiu o ensino fundamental). (FERNANDES, 2015)

Fontoura, Rivero e Rodrigues (2009, p.183) argumentam que umas das falhas nas políticas de segurança pública é que elas continuam “[...] marcadas pela lógica militarizada e

de combate ao crime, mais do que prevenção contra a criminalidade e proteção a todos os cidadãos”. Dessa forma, para que as políticas de segurança passem a ter o resultado esperado de redução das estatísticas criminais, é necessário primeiro a mudança de paradigma da lógica repressiva para a lógica preventiva.

A construção e consolidação de um arcabouço legislativo, dedicado a uma abordagem distinta à temática de drogas – com destaque à Portaria 336/2002, que cria os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para tratamento de transtornos mentais graves e uso prejudicial de drogas – não destruiu automaticamente a ideologia proibicionista. Muito ao contrário, disputa território político com essa, cotidianamente. Levando-se em conta estes elementos, é indispensável considerá-los quando pensamos e realizamos o acolhimento dos usuários de drogas nos serviços de saúde.

Entende-se que a proposta do acolhimento em saúde

[...] articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços (co-gestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direitos dos usuários e ações coletivas) é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde. É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da “demanda espontânea”, tratando-o como próprio a um regime de afetabilidade (aberto a alterações), como algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde. (BRASIL, 2011, p. 150)

Mais acima, foi ressaltado pelos autores a incongruência entre legislações destinadas a um tratamento humanizado para as drogas (conhecido como Política de Redução de Danos) e a continuidade do processo de violência para com esses usuários. Isso não é diferente quando tomamos a política de saúde e a relação que os profissionais desta área possuem com a temática de drogas.

O acolhimento dos usuários de drogas, a partir de ações descentralizadas e territorializadas, visando a ampliação do acesso e o fortalecimento da reabilitação psicossocial, têm sua “porta de entrada” nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Enquanto integrante da rede de cuidados e porta de entrada preferencial da rede assistencial, a Atenção Primária em Saúde deve promover ações aos usuários de drogas, suas famílias e comunidade, visando superar o modelo biomédico e hospitalocêntrico, a partir da clínica ampliada e da reestruturação da prática profissional.

É válido ressaltar que a Atenção Primária deve prestar os cuidados aos usuários de drogas quando os mesmos não necessitam de acompanhamento dos dispositivos da atenção psicossocial (CAPS/AD) e que, mesmos quando esses se encontram em acompanhamento diário nos Centros de Atenção Psicossocial, faz-se necessária a

continuidade do acompanhamento por parte da UBS, uma vez que esses usuários permanecem em seu território e possuem vínculos com os profissionais desta instituição.

Objetivou-se identificar de que forma o acolhimento de usuários de drogas é realizado em UBS. Foi realizada uma revisão integrativa. A busca foi realizada através da Biblioteca Virtual da Saúde, em todas as bases de dados indexadas. Foram utilizados como critérios de inclusão: artigos científicos completos disponíveis na íntegra; gratuitamente; em português; publicados nos últimos cinco anos. Foram excluídos os artigos que não discorressem sobre como é realizado o acolhimento em UBS no território nacional. Utilizou-se os seguintes descritores, com suporte do operador booleano "AND" e do operador de truncamento "\$": (Acolhimento) AND (Drog\$) AND (Atenção Primária à Saúde). Abaixo fluxograma criado pelos autores dos títulos selecionados para o seguinte artigo.

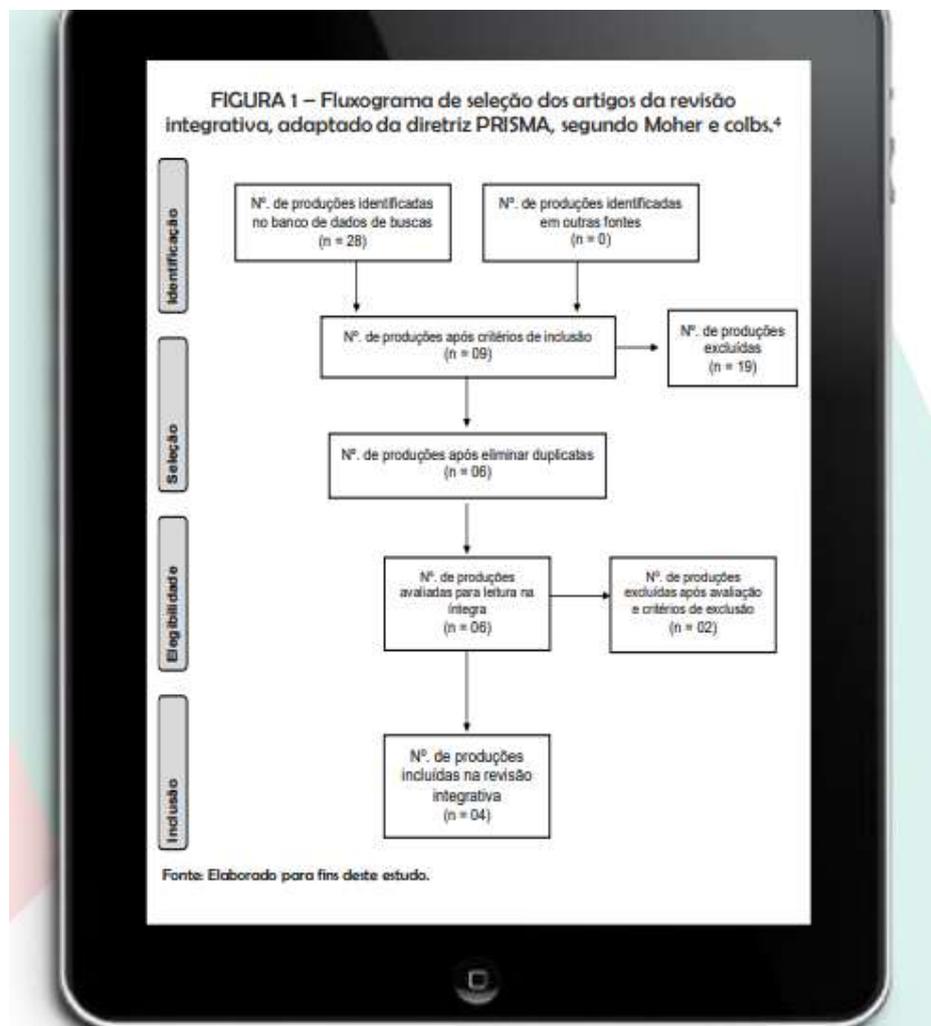


Figura 1 Elaborado para fins de estudo

Verificou-se o enfoque do acesso dos usuários de drogas, sobretudo, na lógica do acolhimento. Enquanto serviço de base comunitária, a UBS apresenta possibilidade de

trabalho contextualizado, principalmente quando há presença de Estratégia de Saúde de Família (ESF) dos agentes comunitários de saúde (PACS), devido à proximidade geográfica, favorecendo o vínculo e manutenção do tratamento, bem como podendo também fortalecer as redes sociais saudáveis através do trabalho com as famílias.

Contudo, nota-se que há barreiras de acesso, bem como dificuldade da efetivação de uma assistência humanizada, com presença de preconceito por parte de alguns profissionais, o que fragiliza o vínculo. Isto, associado à prática assistencial baseada no modelo biomédico, ainda hegemônico, pode favorecer a prática de referenciamento a serviços especializados, por vezes sem responsabilização. De acordo com Dias Neto:

prevenir o crime, afrontar o problema domado, diminuir os custos sociais do crime e da reação social ao crime, garantir as condições materiais, e não meramente simbólicas, insegurança, não são tarefas que possam ser exercidas por uma única instituição, *mas requerem a corresponsabilidade do conjunto das instituições democráticas de um território* (DIAS NETO, 2005, p.118, grifos nossos)

As ações realizadas nas UBS são relevantes para a recuperação e proteção da saúde de usuários de drogas, contudo, a insuficiente qualificação para o trabalho em rede limita a atuação, bem como indica a necessidade de se repensar as práticas em saúde voltadas a esta população, de modo a (re)organizar a maneira como os serviços se estruturam e dialogam.

REFERÊNCIAS

BORGES, J. **O que é encarceramento em massa?** Belo Horizonte, MG: Letramento, 2018;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH):** HumanizaSUS - Documento-Base. 3. ed. Brasília, 2006;

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002.** Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 9 fev. 2002b. Disponível em: Acesso em: 22 jun. 2019;

_____. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: . Acesso em: 22jun. 2019;

CERQUEIRA, D. **Atlas da violência.** Rio de Janeiro, RJ: IPEA, 2017.

COREN-MG. **Diagnóstico administrativo/situacional de enfermagem/saúde:** subsídios para elaboração. Belo Horizonte-MG: COREN-MG; 2010;

DIAS NETO, T..**Segurança Urbana: o modelo da nova prevenção.** São Paulo: Editora Revista dos Tribunais: Fundação Getúlio Vargas, 2005. 159 p. 118;

FERNANDES, W. População carcerária feminina aumentou 567% em 15 anos no Brasil. **Agência Conselho Nacional de Justiça.** 2015. Recuperado de <http://www.cnj.jus.br/2q8j>;

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragments of the history of health care for users of alcohol and other drugs in Brazil: from Justice to Public Health. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, July-Sept. 2007

SANTOS, A.L. RIGOTTO, R.M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde.** 2010/2011; 8(3):387-406;

SILVA, C.S.S.L. KOOPMANS, F.F. DARHER, D.V. O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária a Saúde. **Revista Pró-UniverSUS.** 2016 Jan./Jun.; 07 (2):30-33;

SILVA, J.C. ALMEIDA, M.C. Saúde da família: a prática de cuidados da enfermeira na atenção primária à saúde. **Revista Pró-UniverSUS.** 2014; 5(3):10;

SMALL, D. **Palestra proferida na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.** Centro de Artes, Humanidades e Letras. Cachoeira/BA, 2016;

TORCATO, C. E. M. **A história das drogas e sua proibição no Brasil:** da Colônia à República. São Paulo, 2016. 371 p.