

Capítulo 2

Cotidiano de equipes de saúde da família: perturbações por uso de substâncias psicoativas

Josenaide Engracia dos Santos
Rozemere Cardoso de Souza

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SOUZA, RC., and SANTOS, JE., orgs. Cotidiano de equipes de saúde da família: perturbações por uso de substâncias psicoativas. In: *Construção social da aprendizagem em saúde mental e saúde da família* [online]. Ilhéus, BA: Editus, 2014, pp. 53-63. ISBN 978-85-7455-447-1. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

CAPÍTULO 2

COTIDIANO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERTURBAÇÕES POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

*Josenaide Engracia dos Santos
Rozemere Cardoso de Souza*

Este capítulo abordará o uso de substâncias psicoativas referidas pela equipe de saúde da família. A equipe opera com a abordagem familiar em integração com a comunidade, com intervenção oportuna e precoce, dando ênfase à promoção e à prevenção em saúde.

Nesse sentido, serão descritas variáveis sociodemográficas – renda, escolaridade, inserção no mercado de trabalho, rede de apoio social – e aspectos relacionados ao gênero feminino, que explicam, associam ou se relacionam com os transtornos por uso e abuso de álcool e outras drogas, bem como situações de violência urbana.

O tema das drogas entre a equipe de saúde da família torna-se uma questão de grande relevância, por conter imbricado, enquanto fato social, um fenômeno que afeta a moralidade da sociedade e se constitui como um problema de políticas públicas.

Segundo as equipes de saúde da família, a violência e o temor estão presentes no cotidiano das pessoas que vivenciam o desconforto de presenciarem, com alguma regularidade, o uso de drogas: “– Tem um problema que afeta aqui no A., o tráfico de drogas” (GRUPO 6, 2008, p.1-10). Os grupos de crianças e jovens enfrentam dificuldades referentes à escassez de políticas públicas retratada na falta de lazer, cursos, oficinas, escolas, o que gera ociosidade, tornando-os vulneráveis ao investimento do tráfico de drogas: “– Só os jovens que não têm trabalho e que não têm com que se ocupar partem para o mundo das drogas” (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

O fascínio exercido pelas drogas e pelo “crime”, tido como promessa de ganho fácil, num contexto marcado pela pobreza e em grande medida pelo desemprego, é uma ameaça real, como percebemos no seguinte relato: “– São muitos jovens envolvidos com drogas. Em minha rua só tem três pontos de drogas” (GRUPO 2, 2008, p. 1-13). Isto abre caminho para outras influências, como a de traficantes, de acordo com as falas:

– Para você ter uma ideia, tem uma criança aqui que a arma é mais pesada do que ela. Ela chega ficar torta. Uma criança com 10 anos arregimentada pelo tráfico e ficam [sic] fazendo o papel de vigia. É impressionante (GRUPO 6, 2008, p.1-10).

– É tanta criança perdida, que acho que o único meio é planejamento familiar. Se não a gente vai alimentar o tráfico (GRUPO 6, 2008, p. 1-10).

O panorama dos espaços cotidianos da saúde da família é permeado de violência e drogas, como relata um profissional da equipe da ESF: “– O *crack* é o maior problema aqui, e a gente não sabe o que fazer” (GRUPO 7, 2009, p. 1-10). Outras pesquisas, como a do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebriad) (2007), já vêm alertando sobre o aumento do “uso na vida” de *crack*, pela população geral, desde o ano de 2001, bem como para os riscos desse fenômeno.

O não saber o que fazer, narrado por alguns profissionais, está, em parte, relacionado à dificuldade de manejo dos usuários, à escassez de informações sobre

possibilidades de encaminhamentos e às necessidades de assistência às famílias. Além disso, os usuários de *crack* apresentam dificuldade de expressar demandas e de acessar ajuda, conforme observamos nos relatos:

– Os jovens não participam (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

– No consultório [...] droga não vem (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

– Drogas é um ponto importante na atenção em saúde mental (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

Outro aspecto evidenciado foi a violência: “– Temos um morro aqui no subúrbio que só podemos entrar com a permissão dos chefes. Nem a polícia entra. Foge ao nosso controle” (GRUPO 7, 2009, p.1-10). Sobre isso, Vasconcelos (2001) afirma que o medo da violência tolhe iniciativas de ação mais integradas à comunidade. Para esse autor (2001), a violência provoca um distanciamento do morador em relação ao local de seu viver cotidiano e ele passa a não ser mais outro com quem se busca relações igualitárias.

Cenas de agressão, desde aquelas praticadas pelos “bandidos”, como também as brigas entre vizinhos ou casais, são permanentes segundo relatos. Para Vasconcelos (2001), a violência, mesmo com todas as explicações, continua sendo atitude que fere e torna ainda mais superficiais as relações entre os vários envolvidos no enfretamento dos problemas na comunidade. Além disso, quando associada às drogas implica em danos

permanentes à vida, gerando impacto na morbimortalidade referida pelas equipes. Como exemplo, citamos o relato: “– Violência mata o tempo todo aqui. Tem um vizinho meu que era viciado e hoje está numa cadeira de rodas devido a tiro” (GRUPO 7, 2009, p. 1-10).

Os episódios relatados pelas equipes ilustram que a violência perpassa o cotidiano das camadas mais pobres. Para Velho (2003), os moradores estão sujeitos permanentemente a todos os tipos de arbitrariedade, desde a violência de bandidos, somados à falta de emprego e de moradia, dentre outras dificuldades que constituem a existência das comunidades.

O sentido de que problemas sociais ou econômicos guardam relação com os sintomas apresentados também emergiu na fala de um enfermeiro, que retomou o tema da droga ao se referir ao alcoolismo:

– Eu coloquei as famílias carentes, porque muitos recebem a bolsa família e os pais vão. Estão ali, parados. Compra um quilo de alimentos e o resto do dinheiro pega e vai beber. Passa a semana toda (GRUPO 3, 2008, p. 1-15).

O consumo do álcool e outras drogas agrava alguns problemas sociais, traz sofrimento para indivíduos e famílias:

[...] está envolvido com alto índice de alcoolismo, família inteira que são alcoólatras, a mãe é alcoólatra, o pai é alcoólatra, os filhos grandinhos já estão ficando também porque vê o pai e a mãe beber.
Através do alto índice de alcoolismo vem a prostituição, drogas, então, quer dizer, não

tem uma faixa etária de idade (GRUPO 1, 2008, p. 1-21).

Uma pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Abuso de Álcool e Drogas, dos EUA, revelou que o uso excessivo de bebida estava presente em 68% dos homicídios culposos, 62% dos assaltos, 54% dos assassinatos e 44% dos roubos ocorridos (NEUBERG; SMITH; ASHER, 2003). Em relação à violência doméstica, a mesma pesquisa evidenciou que 2/3 dos casos de espancamento de crianças ocorrem quando os pais agressores estão embriagados, o que também vale para as agressões entre marido e mulher. Observamos tal aspecto também em nosso levantamento:

Uma paciente da microárea que foi esfaqueada. Nós fizemos a visita para fazer curativo. E quando chegamos lá, a gente ficou sabendo que quem esfaqueou ela foi o marido (GRUPO 6, 2008, p. 1-10).

Especialmente no que concerne ao álcool, nele está presente um processo de estigmatização:

Aí já é tratado com preconceito, acha que o alcoolismo não é uma doença. Aí começa a reclamar, chamar de vagabundo, aquela coisa, entendeu? Nisso a pessoa se sente inferior (GRUPO 3, 2008, p. 1-15).

Segundo Neuberg, Smith e Asher (2003), devemos considerar a prática da estigmatização como manifestação comportamental de um processo cognitivo em que o indivíduo é marcado como possuidor de

uma característica negativa e passa a ser definido em termos deste atributo.

Nesse contexto, a atenção da equipe de saúde da família não consegue atender à demanda, porque a saúde mental continua segregada aos serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os quais não têm exercido o papel de “dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde)” (BRASIL, 2004, p. 13). Logo, as equipes da ESF sentem o impacto dessa desarticulação: “– Acho que essa questão da referência com o Caps, essa relação, interface entre o PSF e o Caps poderia ser melhorada” (GRUPO 4, 2008, p.1-13).

Paralelo a isso, quando os Caps supervisionam as ações de saúde mental na atenção primária muitas vezes não conseguem disponibilizar recursos factíveis para atuarem na prevenção do adoecimento mental, na promoção da saúde e no uso abusivo de álcool e outras drogas. No entanto, a equipe mantém estratégias de suporte, ainda que as considere frágeis, como podemos observar:

– Eu, como médico, acredito muito em remédio, mas tinha uma frase de uma professora minha, que me marcou muito, que dizia assim: ‘É ingênuo o tratamento sem remédio e é cruel tratar sem psicoterapia, sem nenhum tipo de apoio’. E eu acho que isso faz muita falta. Muitas vezes consegue tratar com medicação. Só com medicação e muitas vezes melhoram, mas a gente vê que poderia fazer melhor.

– Um professor fez uma palestra sobre droga, mas não atingiu toda área (GRUPO 4, 2008, p.1-13).

–Nós chamamos a família para participar da discussão sobre drogas. Ai vem o pai, a mãe, o irmão e o tio que estão passando pelos problemas. Até as esposas vão, mas os jovens não vão (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

Segundo Dimenstein et al. (2009), é importante que sejam estabelecidas estratégias de ação contextualizadas, com articulação entre a saúde mental e a atenção básica.

Corroborando com Flora (2008), os resultados da pesquisa indicam que as equipes não conseguem responder aos complexos desafios da saúde mental e, especificamente, ao uso abusivo de álcool e outras drogas. A pesquisa demonstra, ainda, que a inserção da atenção e da prevenção em álcool e outras drogas na Estratégia de Saúde da Família está vinculada à necessidade de qualificação dos profissionais em relação a como identificar casos precocemente e sobre o manejo da situação. Por isso a necessidade de estabelecer um processo de educação permanente que possa representar aberturas para um trabalho efetivo de prevenção e promoção da saúde e da qualidade de vida.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (Cebrid). **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID: Unifesp, 2007.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, jan./mar. 2009.

NEUBERG, S. L.; SMITH, D. M.; ASHER, T. Why people stigmatize: toward a biocultural framework. In: HEARTH-ERTON, T. F. et al. **The social psychology of stigma**. New York: The Guilford Press, 2003.

GRUPO 1. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: grupo de discussão [maio 2008]. Moderadores: Rozemere Cardoso de Souza e Erika Antunes Vasconcellos. Jequié: Uesc: Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-21. Grupo de discussão produtor sobre a inserção da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.

GRUPO 2. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: grupo de discussão [ago. 2008]. Moderadores: Rozemere Cardoso de Souza e Erika Antunes Vasconcellos. Ilhéus: Uesc: Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-20. Grupo de discussão produtor sobre a inserção da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.

GRUPO 3. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: grupo de discussão [abr. 2008]. Moderadores: Rozemere Cardoso de Souza e Erika Antunes Vasconcellos. Vitória

da Conquista: Uesc: Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-15. Grupo de discussão produtor sobre a inserção da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.

GRUPO 4. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: grupo de discussão [maio 2008]. Moderadores: Josenaide Engracia dos Santos. Feira de Santana: Uesc: Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-13. Grupo de discussão produtor sobre a inserção da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.

GRUPO 6. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: grupo de discussão [nov. 2008]. Moderadores: Josenaide Engracia dos Santos. Salvador: Uesc; Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-10. Grupo de discussão produtor sobre a inserção da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.

GRUPO 7. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: grupo de discussão [abr. 2009]. Moderadores: Josenaide Engracia dos Santos. Ilhéus: Uesc: Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-10. Grupo de discussão produtor sobre a inserção da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.

FLORA, F. A. M. A crise na saúde mental. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 35, n. 1, p. 33-34, 2008. Bimestral.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção a saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2001.

VELHO, G. **Projeto metamorfose**: antropologia das sociedades complexas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.