



TEXTO 03

TRABALHO EM REDE E RECURSOS DA COMUNIDADE

“Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais do que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (Leonardo Boff).

Rede e Capacitação das Equipes de Trabalho com Dependentes Químicos

A política de saúde tem sofrido rebatimentos da nova ordem econômica mundial (que está em crise) no sentido de se afirmar em uma vertente economicista em que as políticas sociais são conduzidas pelo caminho da eficiência/eficácia e da privatização. Ao invés de avançar em direção a uma rede¹ universal de proteção social que implique o dever do Estado na garantia de direitos sociais, se retrocede a uma concepção em que o bem-estar parece pertencer ao âmbito privado, não tendo o Estado nenhuma responsabilidade em promovê-lo.

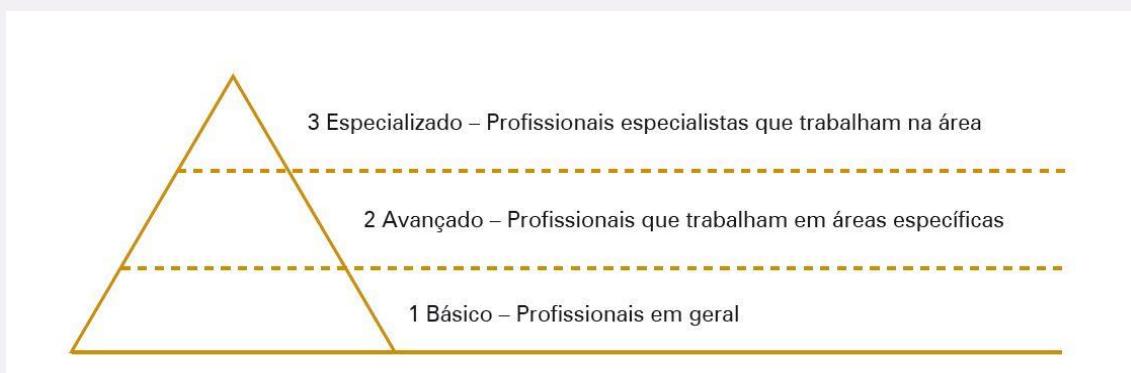
E dentro do contexto da atenção integral para os usuários de álcool e outras drogas, a intersetorialidade é uma diretriz fundamental, pois em nível institucional propõe que o cuidado para esses usuários deve extrapolar o campo da saúde e envolve questões que vão desde o direito à moradia e ao saneamento básico, até o acesso ao lazer e aos bens culturais, a partir do reconhecimento dos usuários como sujeitos de direitos, portanto, demandatários de todas as políticas públicas. Não podemos esquecer que entre estes cuidados no atendimento, o principal deles ainda é a formação/educação continuada dos profissionais que trabalham com este público.

¹ A ideia elementar de rede fala de uma articulação entre diversas unidades que, através de certas ligações, trocam elementos entre si, fortalecendo-se reciprocamente, e que podem se multiplicar em novas unidades, as quais, por sua vez, fortalecem todo o conjunto na medida em que são fortalecidas por ele, permitindo-lhe expandir-se em novas unidades ou manter-se em equilíbrio sustentável. Cada módulo da rede representa uma unidade e cada fio um canal por onde essas unidades articulam através de diversos fluxos (MANC, 1999).

Segundo o Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA),² entre 13 e 16 milhões de pessoas necessitam de tratamento para o uso de substâncias psicoativas por ano, mas somente 3 milhões recebem cuidados. Essa diferença pode ser explicada pela quantidade baixa de instituições especializadas em atendimento/tratamento da dependência química mas também pelos parcisos ou ausentes investimentos em ambientes não hospitalares, incluídos aqui os da assistência social, educação, etc. Treinamentos podem aumentar o grau em que os profissionais identificam, intervêm e encaminham para o tratamento, mas as escolas de formação de profissionais pouco investem ou direcionam a formação para esse tema (PILLON, SIQUEIRA e SILVA, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os profissionais da saúde recebam formação sobre o uso de substâncias psicoativas, começando por treinamentos básicos e educação formal a profissionais e estudantes da área da saúde, como mostra o modelo na figura abaixo.

3



Nas últimas décadas, o abuso de substância tem sido reconhecido como uma prioridade no ensino dos diversos profissionais, os quais desempenham um importante papel na atenção aos dependentes químicos. Apesar disso, pouca ênfase tem sido dada ao ensino nessa área. Os

² SAMHSA é uma filial do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA. É encarregado de melhorar a qualidade e a disponibilidade de tratamento e serviços de reabilitação para reduzir a doença, a morte, a deficiência e o custo para a sociedade resultante do abuso de substâncias e doenças mentais.

Fonte: Wikipédia

³ **Fonte:** Dependência Química/2011



próprios profissionais reconhecem uma deficiência em sua formação para lidar com esse problema.

O que acaba por desembocar em uma variedade de objetos de atitudes referentes ao usuário. Alguém pode ter uma avaliação favorável a que o uso de álcool e outras drogas seja uma questão de falta de caráter ou força moral. Nesse caso, é uma atitude de aprovação do caráter moral do uso. Ainda assim, esse avaliador pode julgar que, por fraqueza de caráter, alguém se torne dependente e, no entanto, aprovar que se realize assistência aos dependentes. Ainda que tenha uma atitude de concordância sobre o caráter moral do uso, tem também uma atitude favorável a prestar cuidados aos dependentes. Entretanto, alguém pode perfeitamente avaliar a dependência química como uma doença de caráter biopsicossocial. Terá atitudes de aprovação da natureza psicossocial da dependência. Contudo, pode não gostar de se relacionar com dependentes, porque os vê como indivíduos sem higiene adequada, com odor, descuidados, manipuladores, entre outros (PILLON, SIQUEIRA e SILVA, 2011).

Consumo de Drogas no Meio Rural

No Brasil, a pobreza e a desigualdade social são Determinantes Sociais de Saúde (DSS). No meio rural esses determinantes vão se manifestar perpassados por questões de desigualdade no acesso à terra, água e políticas públicas, impactos ambientais que contribuem para o aumento da vulnerabilidade social e da desigualdade em saúde, o que, consequentemente, contribuem para o adoecimento da população rural, que já vivenciam realidades tão singulares, como a seca, que altera toda a rotina familiar, reduz as atividades de lazer, traz prejuízos ao sono, preocupação, sentimentos de desânimo, impotência e insegurança quanto ao futuro (FAVERO, 2012).



Fonte: Google imagens

Para além da seca, a população rural sofre com uma certa privação no acesso a serviços da rede de saúde e sócio assistencial, pela distância geográfica. Pela finalidade do curso, vou focar em especial no que diz respeito à **saúde mental/dependência química. Estes serviços normalmente estão concentrados nas capitais ou cidades de grande porte, o que gera uma desassistência aos moradores da zona rural⁴** (ocasionado principalmente por ausência ou precarização dos transportes nos serviços para viabilizar as visitas/atendimentos e pela defasagem nas equipes) **ou uma assistência fora do ideal, pois obriga o indivíduo a sair de sua comunidade, ocasionando muitas vezes fragilizações no atendimento e/ou no vínculo familiar** (por não poder acompanhar o tratamento).

No que se refere ao consumo de álcool e outras drogas, a política⁵ não faz distinção quanto ao espaço urbano ou rural, relegando aos moradores das áreas rurais um atendimento generalista prestado por equipes de saúde da família (que muitas vezes não tem qualificação técnica para diagnóstico e manejos em dependência química) e a necessidade de deslocamento para ser atendido em sua especificidade – o que torna o atendimento pontual e espaçado (DIMENSTEIN *et al.*, 2016).

Há uma escassez de estudos sobre o uso de drogas por esta população, mas uma pesquisa realizada na zona rural de Teresina – PI (CARNEIRO *et al.*, 2012) apontou uma série de aspectos

⁴ Sobre as estratégias para prevenir estas situações, ler a Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde Para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília

que ameaçam a vida saudável dessas comunidades, entre elas o consumo de álcool e outras drogas. Abaixo seguem os principais aspectos identificados na pesquisa:



Outra pesquisa realizada na zona rural do Rio Grande do Norte destacou a faixa etária de 30 a 49 anos como a de número mais expressivo para dependência química (não apenas uso abusivo), com destaque para o consumo de álcool, que nestas regiões costuma ser iniciado ainda mais cedo do que nas cidades, por uma questão cultural.

Quanto ao perfil socioeconômico, a pesquisa apontou maioria com escolaridade entre não alfabetizados e alfabetizados apenas com ensino fundamental, com renda entre meio e um salário mínimo, que tinham como **ocupação/fonte de renda a agricultura e/ou aposentadoria**. Em relação a participação dos programas sociais e o padrão do consumo de álcool, observou-se que **43% das pessoas que fazem uso não possuem Bolsa Família**. Esse percentual aumenta para **50% em indivíduos que fazem uso abusivo** e para **75% dos que foram diagnosticados com dependência química**, o que indica uma verdadeira roda viva entre dependência química, vulnerabilidade sociais e acesso a renda (DIMENSTEIN *et al.*, 2016). Isso deixa uma preocupação a mais pelo contexto de crise econômica e política que estamos vivenciando no Brasil, que tende a priorar esses índices.

Entre as situações de risco para consumo abusivo de drogas foram observadas a falta de investimento sistemático na agricultura familiar, a sobrecarga do trabalho agrícola e a não

garantia de direitos trabalhistas, o que facilita o lugar da bebida como alternativa de lazer, alívio e relaxamento frente às condições problemáticas do cotidiano desta população (OLIVEIRA JR e PRADO, 2013).

Como se pôde notar, é crucial que os serviços de saúde e de proteção social se adequem à dinâmica territorial, social, cultural e laboral do campo, atentando para as transformações do contexto rural e suas implicações para a saúde mental e consumo excessivo/dependência de álcool e outras drogas.

Religião Versus Espiritualidade no Tratamento de Dependentes Químicos

Outro âmbito que não costuma ter um entendimento correto de sua relação com a dependência química é a espiritualidade. A história recente mostra uma crescente valorização desta como recurso terapêutico e objeto de pesquisa⁶. Em consonância a isso, um expressivo número de estudos que relacionam espiritualidade com consumo de substâncias também têm sido produzidos, trazendo relatos de melhorias em relação a dor, debilidade física, doenças do coração, pressão arterial, infarto; funções imunes, câncer e mortalidade.



Fonte: Google imagens

⁶ Nos Estados Unidos, as Universidades George Washington e Duke têm centros de pesquisa em espiritualidade e saúde. Na Harvard Medical School e no Mind/Body Medical Institute of Deaconess Hospital, em Boston, existem cursos destinados a examinar as relações entre práticas médicas e religião. Ainda no mesmo país, há o curso oferecido pelo Johns Hopkins Medicine: Spirituality and Medicine Institute. Na Europa, The Spirituality and Psychiatry Special Interest Group, do Royal College of Psychiatrists, dedica-se a pesquisas sobre as interferências espirituais na saúde mental. Isso para falar apenas das principais instituições (RIBEIRO e BOGAR, 2011).



Antes de prosseguir, é importante fazer uma diferenciação do que é **religiosidade e espiritualidade**, pois parte da resistência dos profissionais em trabalhar esse tema, é por entender e tratar os dois conceitos como a mesma ideia. **Religiosidade trata-se da crença e prática ritualística de uma religião**, seja na participação em um ambiente de cunho religioso ou no ato de rezar ou orar. **A espiritualidade consiste em uma relação pessoal com o objeto transcendente** (Deus, Alá, natureza, ou qualquer tipo de Poder Superior), em que a pessoa busca significados e propósitos fundamentais da vida e que pode ou não envolver a religião.

A religiosidade pode oferecer diretrizes para o comportamento do homem, visando reduzir tendências autodestrutivas, evitar adoção de comportamentos nocivos e promover estratégias de enfrentamento diante das adversidades da vida. Tanto a religiosidade como espiritualidade são consideradas componentes da vida do homem, pois influenciam as interações sociais, culturais e a dimensão psicológica, as quais são demonstradas pelos valores, crenças, comportamentos e emoções. A religiosidade e espiritualidade podem afetar a saúde, reduzindo comportamentos considerados não salutares, tais como o consumo de substâncias psicoativas. Na dimensão da problemática das drogas, tanto o exercício da religiosidade como da espiritualidade, tem sido considerado fator protetor para o consumo de álcool e outras drogas em âmbito preventivo e de tratamento. Está associado a melhores habilidades de vida e ao bem-estar físico e mental do ser humano (ZERBETTO et al., 2017, p 2)

A influência da espiritualidade reside na potencialização da força interior para o cuidado com a saúde e também para o fortalecimento espiritual, o que intensifica a capacidade de resiliência e esperança, ambas com impacto positivo no tratamento da dependência química.

Da perspectiva da saúde, **estudos demonstram que pessoas com envolvimento religioso têm menor probabilidade de usar e abusar de álcool e outras drogas**, ou de apresentar outros comportamentos de risco, como o sexo desprotegido, envolvimento com crime, tentativas de suicídio e de atividade sexual precoce e consequente gravidez indesejada (RIBEIRO e BOGAR, 2011).

A religiosidade e a espiritualidade são dimensões marcantes e significativas, principalmente em países com tradição religiosa como o Brasil, são também doadoras de significado à experiência humana cotidiana. No Brasil, o censo do IBGE revelou que aproximadamente 92% da população referiu ter uma religião (RIBEIRO e BOGAR, 2011). Apesar disto, muitos profissionais ainda tem receio de trabalhar o tema nos seus atendimento, por conta das más experiências ligadas ao trabalho com religião sem respeito à espiritualidade do



sujeito, tais como imposição de conversão a determinada religião determinada pela instituição (normalmente privada) que está acolhendo o indivíduo, fanatismo religioso, crença na punição divina e na doença como um castigo a algo que precisa ser “suportado” para purificação, demonização da dependência química, enfim, crenças que podem afastar e/ou desresponsabilizar o indivíduo do tratamento, pois este acaba naturalizando sua situação. Por isso e mais, ainda há controvérsia se a religião/religiosidade é benéfica ou prejudicial.

Religião funcional é aquela que facilita o desenvolvimento da personalidade como um todo, ao mesmo tempo em que encoraja relacionamentos construtivos e interdependentes com outras pessoas. Também ajuda a pessoa a aceitar a realidade, sendo fonte de inspiração para o uso de recursos disponíveis no ser humano, com o objetivo de atingir alvos nobres. Ao contrário, a religião disfuncional é negativa e visa ao controle social por meio da culpa, do medo e da vergonha. Encoraja os seguidores a adotarem uma atitude de superioridade, de intolerância e de julgamento perante aqueles que possuem ideias contrárias. Pequenos temas transformam-se em importantes e exigem a suspensão da razão. Porém, muitas pessoas sentem grande apoio e orientação, segurança e clareza nesse ambiente, pois não precisam tomar decisões morais, deixando-se guiar com fé e confiança (RIBEIRO e BOGAR, 2011, p 178).

Essa visão dicotômica da relação entre saúde e religião não leva em consideração as diferentes formas de ser religioso e os diferentes conceitos de saúde mental. Algumas pessoas são ajudadas pela religião e a escolhem como um caminho de crescimento, enquanto, para outras, ela é uma fonte de estresse que pode gerar grande sofrimento. É importante que os profissionais consigam distinguir e ajudar o usuário a distinguir essa diferença. Para auxiliar nesta função, segue um quadro explicativo:

7 Efeitos da religião sobre o indivíduo	
Religião disfuncional	Religião funcional
Gera culpa patológica	Reduz a ansiedade existencial
Diminui a autoestima	Fonte de esperança e sensação de bem-estar emocional
Gera ansiedade e medo por meio de crenças punitivas	Promove coesão social
Obstáculo para o crescimento pessoal	Fornece identidade ao unir pessoas em torno de um ideal comum
Favorece o conformismo e a sugestionabilidade	Orientação moral que diminui estilo de vida autodestrutivo
Inibe a expressão de sensações sexuais	Sensação de controle ao se unir com uma força onipotente
Fonte de paranoia	Diminui a ansiedade da morte
Interfere no pensamento racional e crítico	Fatalismo, que desperta segurança para enfrentar dor e sofrimento
Intolerância e hostilidade aos “diferentes”	Fonte de solução de conflitos emocionais e situacionais

Fonte: Schumaker.¹²

⁷ Fonte: Dependência Química/2011



Considerações Finais

O uso de substâncias psicoativas vem sendo reconhecido como um problema de saúde pública. Inevitavelmente, um profissional da saúde vai receber sob seus cuidados, seja nos ambulatórios, internados nos hospitais ou nos CAPS, um dependente químico. Entretanto, a oferta de treinamento a esses profissionais ainda tem sido muito escassa frente às evidências científicas.

Escassos também são os conhecimentos sobre funcionamento da rede, impactos da moradia no campo e espiritualidade do usuário, o que poderia ajudar os profissionais que trabalham com esta temática a compreender e colaborar com seus usuários. Um fator importante para isso, é que os profissionais (não só os da academia, mas também os da ponta) problematizem suas realidades e atendimentos e publiquem suas experiências.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARNEIRO, F. F., HOEFEL, M. G. SILVA, M. A. M. NEPOMUCENO, A. R. VILELA, C., AMARAL, F. R. *et al.* Mapeamento de vulnerabilidades socioambientais e de contextos de promoção da saúde ambiental na comunidade rural do Lamarão, Distrito Federal, 2011. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, 37 (125), 143-148.

DIMENSTEIN, Magda. LEITE, Jader. MACEDO, João Paulo. DANTAS, Candida. **Condições de Vida e de Saúde Mental em Contextos Rurais**. São Paulo: Intermeios, 2016.

FAVERO, E. **O Impacto psicossocial das secas em agricultores familiares do Rio Grande do Sul:** Um estudo na perspectiva da Psicologia de Desastres. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

MANCE, Euclides André. **A revolução das redes:** a colaboração solidária como uma alternativa pós-capitalista à globalização atual. Petrópolis/RJ: Vozes, 1999.

OLIVEIRA Jr., O. de & PRADO, M. A. M. A Categoria Juventude em Contextos Rurais: O dilema da migração. In J. F. Leite e M. Dimenstein (orgs.) **Psicologia em Contextos Rurais**, (p 57-88). Natal: Edufrn, 2013.

PILLON, Sandra Cristina; SIQUEIRA, Marluce Miguel de; SILVA, Cláudio Jerônimo da. Dependência química no currículo de graduação de profissionais da saúde. In: DIEHL, A., CORDEIRO, D. C., & LARANJEIRA, R. **Dependência Química:** Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RIBEIRO, Hewdy Lobo; BOGAR, Mariana. Espiritualidade e Dependência Química. In: DIEHL, A., CORDEIRO, D. C., & LARANJEIRA, R. **Dependência Química:** Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International council of nurses: nurses responding to substance abuse. Geneva; 1991.

ZERBETTO, Sonia Regina; Gonçalves, Angélica Martins de Souza; Santile, Nátaly; Galera, Sueli Aparecida Frari; Acorinte, Ana Carolina; Giovannetti, Gisele. Religiosidade e espiritualidade: mecanismos de influência positiva sobre a vida e tratamento do alcoolista. **Esc Anna Nery**, 21(1), 2017.