

POLÍTICAS PÚBLICAS E A ASSISTÊNCIA PRESTADA AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Virgínia Maria Neves Vitral Chung²¹

RESUMO

Os problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas preocupam familiares, trabalhadores da saúde, Governo e Justiça. Por se apresentar como um grave problema de saúde pública requer, por parte do Ministério da Saúde, políticas públicas efetivas. Os profissionais da saúde estão sujeitos a enfrentar cada vez mais situações decorrentes desse uso abusivo. Neste artigo, objetivamos identificar os impasses das políticas públicas que sustentam a assistência ao portador de transtorno mental em decorrência do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Constatamos que há falta de capacitação dos profissionais da saúde, precarização dos vínculos trabalhistas, ausência de regulamentação das propagandas relativas a drogas e descumprimento das políticas públicas existentes. Essas dificuldades criam uma lacuna entre as políticas públicas e a demanda existente, muitas vezes preenchida pelas chamadas *comunidades terapêuticas*. Concluímos que os serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde não são suficientes no que se refere ao atendimento de usuários em uso abusivo de álcool e outras drogas, necessitando de implementação das políticas públicas atuais.

Palavras-Chave: Álcool, drogas, políticas públicas, saúde mental.

21 Psicóloga, especialista em Saúde Mental e em Dependência Química.



Introdução

Este artigo surgiu da necessidade de reflexão sobre as diretrizes da Política Nacional sobre Drogas na assistência prestada aos usuários de substâncias psicoativas. Os problemas clínicos e sociais relacionados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas têm aumentado significativamente preocupando familiares, trabalhadores da saúde, Governo e Justiça. De acordo com o Ministério da Saúde (2004), a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que aproximadamente 10% da população mundial consome abusivamente substâncias psicoativas, independente de sexo, idade, grau de instrução e classe social. Dentre as drogas lícitas e ilícitas, o álcool e o tabaco são os de maior prevalência e também os que causam as maiores consequências para a saúde pública. A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2007) considera que 12% da população adulta, em algum momento da vida, tem problemas associados ao uso de álcool – destes, 6% são dependentes. Para Laranjeira (2010), a tendência mundial é proibir ou controlar progressivamente o álcool e o tabaco através de leis e restrições ao uso.

O consumo de substâncias psicoativas, sejam elas lícitas ou ilícitas, faz parte da cultura humana desde as épocas mais remotas como *instrumento de estímulo, consolo, diversão, devoção e intensificação do convívio social* (CARNEIRO, 2009). O uso abusivo, por se apresentar como um grave problema social (violência, perdas afetivas e produtivas, morte) e de saúde pública, requer, por parte do Ministério da Saúde, políticas públicas efetivas que contemplem ações de prevenção, promoção e tratamento, devendo a responsabilidade dessas ações ser compartilhada com os diversos setores para que não recaia apenas sobre o sistema de saúde.

Assim, esse artigo quer contribuir com elementos para uma discussão sobre as diretrizes políticas e sua consonância ou não com a verdadeira realidade dos serviços que a executam, assim como para pensar a necessidade de ações intersetoriais.

Revisando a história

Este artigo visa contribuir com uma reflexão acerca das políticas públicas, aqui compreendidas como “decisões de consenso tomadas por governantes na forma de leis, regras ou regulações, compreendendo ações em resposta a demandas da população.” (LONGEST apud LARANJEIRA, ROMANO, 2004, p.69).

Na Constituição brasileira, a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988 art. 196), mas durante muito tempo a saúde pública brasileira não



possuía políticas públicas voltadas aos dependentes de álcool e outras drogas oferecendo aos usuários com consumo prejudicial uma assistência inadequada. Faria (2006) aponta que a prioridade em saúde mental foi dada aos egressos de hospitais psiquiátricos, aos psicóticos e aos neuróticos graves, sendo que os alcoólatras e toxicômanos ficaram à margem dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O tratamento era mais relacionado com os modelos de prevenção do que de assistência propriamente dita (PINHEIRO, 2006).

Essa situação criou lacunas e as associações religiosas assumiram esse tratamento, não raro, em regime fechado, com base na abstinência, predominando práticas de cunho religioso, disciplinar e laboral, contrariando assim os princípios da Reforma Psiquiátrica²².

As comunidades terapêuticas, que provavelmente são os serviços mais antigos e numerosos, propõem, em geral, uma abordagem religiosa e mantêm um caráter moral partindo do tripé: oração, trabalho e disciplina (PINHEIRO, 2006 p.29).

(...) as clínicas e comunidades 'terapêuticas' têm se proliferado, organizadas por agremiações religiosas (notadamente as evangélicas), pelo setor privado, filantrópico ou Terceiro Setor. (VASCONCELOS, 2010, p.53).

Algumas dessas comunidades terapêuticas são conveniadas e recebem financiamento público, mas muitas vezes não são fiscalizadas pelo setor público havendo denúncias de violência contra seus usuários em algumas delas, além de não estarem integradas com a rede de atenção psicossocial para garantir a continuidade do projeto terapêutico após a alta, facilitando a reincidência (VASCONCELOS, 2010). Totugui et al (2010) defendem a prioridade da ampliação de ações de saúde mental para diminuir o déficit de acesso dessa população no SUS.

Em 1998, foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e foi realizado o I Fórum Nacional Antidrogas com a finalidade de elaborar a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Mas somente no II Fórum Nacional Antidrogas, em 2001, esta política foi instituída por meio do Decreto nº 4.345 de 26 de agosto de 2002 (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2002).

²² A Reforma Psiquiátrica, foi iniciada no final dos anos 1970, devido por um lado à ineficiência do hospital psiquiátrico e, por outro, de movimentos sociais, tendo a frente o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Visa essencialmente garantir os direitos de cidadania aos portadores de transtorno mental. Substituiu gradativamente o modelo hospitalocêntrico de assistência para serviços territoriais abertos, garantindo ao usuário a possibilidade de "ir e vir", conviver, trabalhar, etc.



Ainda em 2001 foi regulamentada e sancionada a Lei Federal 10.216/01 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Em 2002, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas através da Portaria GM 816/2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE), com ênfase na reabilitação e reinserção social.

Em 2003, o SUS assumiu a responsabilidade pela atenção e prevenção de danos associados ao consumo abusivo das substâncias psicoativas articulando ações intersetoriais, inclusive com outros ministérios.

Devido às transformações sociais, políticas e econômicas, a SENAD desenvolveu - em 2004 - um processo de realinhamento da política existente através de um seminário internacional de políticas públicas, seis fóruns regionais e um fórum nacional sobre drogas. As deliberações foram apresentadas ao Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) que as aprovou em 2005. Também em 2005, foram criados incentivos para subsidiar os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas – CAPS ad, através da Portaria 1059/05 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Em 2006, a legislação brasileira sobre drogas foi atualizada através da Lei Federal nº 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas responsável por *articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e também mais rigor quanto às penas aplicadas pela Justiça devido ao tráfico dessas drogas*.

Em 2009, o Ministério da Saúde lançou o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso do Tratamento para Usuários de Álcool e Drogas e o Governo brasileiro estabeleceu, em 2010, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, em 2010, em resposta à pressão social.

Impasses na assistência

É necessário lembrar que nos serviços de atenção aos usuários, profissionais da saúde estão sujeitos a enfrentar cada vez mais situações difíceis, decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas, que se apresentam quando os pacientes estão muito graves, dificultando uma intervenção resolutiva. A formação dos profissionais da saúde nessa área é deficiente, recaindo a assistência sobre o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Este, por sua vez, nem sempre conta com equipe mínima conforme preconiza a Portaria nº 336/GM/2002 (BRASIL, 2004).

Os CAPS foram autorizados a cobrar do SUS os atendimentos aos usuários que apresentem transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas caracterizados pelos códigos diagnósticos F10 (transtornos mentais e comportamentais por uso de álcool) até F19 (transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas) do Código Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10), através da Portaria SAS 384/05 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Os municípios de pequeno porte são, de certo modo, praticamente obrigados a dar assistência a esses pacientes por não existir outros dispositivos disponíveis.

Os profissionais do CAPS, por sua vez, não são capacitados para trabalhar com essa clientela. Muitos não conseguem seguir a lógica de redução de danos²³ proposta pelo Ministério da Saúde, qual seja, diminuir as complicações advindas do consumo de substâncias psicoativas através de uma série de procedimentos, tais como distribuição de seringas descartáveis, reposição de vitaminas e substituição das drogas pesadas por drogas mais leves, sem a preconização imediata da abstinência. A redução de danos, segundo Lancetti:

(...) no plano da proposta e na sua preciosa simplicidade, é redutiva, mas, quando analisada na sua capilaridade, é menos uma diminuição do risco e mais uma ampliação da vida (LANCETTI, 2008, p. 80)

Pinheiro (2006) aponta que a maioria dos usuários em uso abusivo de álcool e outras drogas tem dificuldade em aderir a tratamentos em que a abstinência é a única possibilidade e a cura consiste na interrupção total de seu uso. Esta também é a posição de Cruz (2006) ao afirmar que essa proposta de assistência se contrapõe à abstinência imediata para que o paciente possa aderir ao tratamento.

A estratégia de redução de danos é de âmbito mundial e tem sido vista não apenas como uma proposta preventiva, mas também como a base que fundamenta a assistência aos usuários de drogas no Brasil (BRASIL, 2004). Alguns profissionais como médicos, religiosos e do Poder Judiciário questionam esse modelo de assistência e defendem a exigência de abstinência como fator essencial de cura – modelo que tem se mostrado ineficiente (CRUZ, 2006).

23 Redução de danos é “uma estratégia de saúde pública que busca controlar possíveis consequências adversas ao consumo de psicoativos – lícitos ou ilícitos – sem, necessariamente, interromper esse uso, e buscando inclusão social e cidadania para usuários de drogas” (Ministério da Saúde, 2004)



Essas dificuldades criam uma lacuna entre as políticas públicas e a demanda existente, o que é preenchido novamente com as associações religiosas através das comunidades terapêuticas que, por sua vez, pregam a interrupção total do uso como condição de início de “tratamento”. Muitas destas comunidades terapêuticas, como dissemos, prestam assistência aos usuários sem considerar as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC ANVISA 101/01, ou seja, sem estrutura física e equipe mínima adequadas.

Outro aspecto importante refere-se às providências ainda necessárias quanto à questão da tolerância com os conteúdos de anúncios publicitários e as pressões do mercado de bebida alcoólica. Para Carneiro (2009), os consumos de álcool, o tabaco e as drogas da indústria farmacêutica são estimulados através da publicidade. Para Medeiros (2006), a mídia coloca as substâncias psicoativas ou como úteis ao cidadão, ou seja, importantes no lazer como *elemento estruturador e mediador das relações sociais* ou como responsável pela maioria dos atos de violência *enquanto elemento que justifica o controle social*.

A mídia deve ser incentivada a realizar campanhas de redução dos danos à saúde provocados pelo consumo do álcool:

O eixo norteador de campanhas pela redução dos problemas provocados pelo álcool deve ser a estratégia de redução de danos, devendo haver a crítica de estereótipos relacionados ao uso do álcool, e incentivados pela propaganda de bebidas alcoólicas, como a associação do uso do álcool com a virilidade, a sensualidade, a diversão etc. Produtores, distribuidores e estabelecimentos que vendem bebidas devem ser implicados no desenvolvimento da campanha de prevenção, por meio de suas associações (BRASIL, 2004).

O Ministério Público Federal, o Congresso Nacional, o Serviço de Proteção ao Consumidor (PROCON) e a Vigilância Sanitária têm trabalhado com o objetivo de regulamentar as propagandas que tratam desse conteúdo. Entretanto, as agências publicitárias se organizam para que sejam autorregulamentadas. Em contrapartida, as pessoas têm o direito a receber informações reais sobre os efeitos desse consumo, possibilitando assim o uso responsável e com autonomia.

A precarização dos vínculos de trabalho e a não estabilidade das equipes dos CAPS e da Estratégia de Saúde da Família (LIMA, 2010, p.82) com constante troca de profissionais, geralmente devido às políticas locais, são obstáculos que

os trabalhadores, não só da saúde mental, mas dos SUS como um todo, têm enfrentado.

No período mais recente, nos últimos anos, há sinais de excessiva institucionalização e burocratização dos novos serviços na rede de Saúde Mental, com forte precarização dos vínculos de trabalho e entrada maciça de uma nova geração de gestores e trabalhadores, muitos dos quais sem contato com a história e a experiência política e profissional que marcou o período de experimentação e mobilização dos períodos anteriores (VASCONCELOS, 2010, p.21).

O SUS em geral e, especialmente, os serviços de saúde mental passam por dificuldades de financiamento que, aliadas aos fatores já mencionados da precarização dos vínculos trabalhistas, da constante troca no quadro de profissionais e da falta de capacitação, acarretam uma assistência precária com baixa resolutividade.

O modelo de atenção em saúde mental, a partir da Reforma Psiquiátrica, deixou de ser hospitalocêntrico e passou a ser promovido no território, em regime aberto e articulado com ações intersetoriais, garantindo uma rede de atenção integral. O Ministério da Saúde reconhece que a assistência aos usuários com uso abusivo de álcool e outras drogas não deva ser apenas no campo da saúde, mas deve envolver *uma abordagem amplamente intersetorial, que trate dos problemas da violência urbana, das injustiças sociais, das graves desigualdades de acesso à educação, ao trabalho, ao lazer e à cultura* (MINAS GERAIS, 2007).

A intersetorialidade implica o reconhecimento de que o abuso de álcool e outras drogas é um problema transversal a outras áreas além da saúde, como a Justiça, a educação e o desenvolvimento social: exige, portanto, intensa articulação entre esses campos (CIRINO, 2006, p.41).

O uso de substâncias psicoativas é um fenômeno complexo e requer ações intersetoriais além do campo da saúde mental que considerem as necessidades de cada usuário garantindo a reinserção social, o que na prática depara-se com os obstáculos do preconceito, da ausência de capacitação e, porque não dizer, de vontade política.



Considerações finais

Trabalhar a prevenção em todos os níveis tais como na família, escola e sociedade é essencial para a saúde pública. Práticas educativas devem estimular a reflexão acerca do consumo de substâncias psicoativas.

Podemos dizer que os serviços oferecidos pelo SUS não são ainda suficientes no que se refere ao atendimento de usuários com uso abusivo de álcool e outras drogas, necessitando de implementação das políticas públicas atuais, pois é de fundamental importância para a saúde pública no nosso País.

A formação continuada aos profissionais do CAPS para atender a necessidade da população, promovendo uma melhoria na qualidade da assistência oferecida, torna-se fundamental e os esforços neste sentido ainda são incipientes.

Desse modo, para que a política pública seja consonante com a verdadeira demanda de usuários em uso prejudicial de substâncias psicoativas e de seus familiares, muito há que se caminhar. É preciso não apenas refinar os princípios que definem a Política de Redução de Danos, mas também investir na intersetorialidade e, principalmente, na formação continuada de profissionais bem como na estrutura material e humana para que possamos dizer, no futuro – esperamos próximo - que o tamanho dos esforços governamentais e sociais são proporcionais à magnitude do problema do álcool e drogas no nosso País, em diferentes classes sociais.

Referências bibliográficas

BIZZOTTO, A. G. *Uma experiência inovadora no campo da prevenção de drogas*, in Cirino O. e Medeiros R. (orgs), *Álcool e outras Drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis*, Belo Horizonte, Autêntica, 2006.

BRASIL, Presidência da República, Casa Civil, *Constituição da República Federativa do Brasil* de 1988 disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em 03/08/2010.

BRASIL, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Decreto nº 4.345, de 26 de Agosto de 2002.

BRASIL, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 11.343, de 23 de Agosto de 2006*.

BRASIL, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, *Resolução - RDC nº 101*, de 30 de maio de 2001.

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/Ministério da Saúde*. 2.ed. rev. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde, *Legislação em Saúde Mental 1990-2004*. 5ª ed. Ampliada, Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*, Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – 1. ed. em português, ampliada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, *Portaria nº 1.059/GM* de 04 de julho de 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, *Portaria nº 384* de 05 de Julho de 2005.

CARNEIRO, H. S. *As Drogas e a História da Humanidade, in Ciência e Profissão: Diálogos*, Ano 6, nº 6, Gráfica Barbara Bela, Brasília, Novembro, 2009.

CIRINO O., *Abuso de drogas, saúde pública e psicanálise*, in Cirino O. e Medeiros R.(orgs), *Álcool e outras Drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis*, Belo



Horizonte, Autêntica, 2006.

CRUZ, M. S., *Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos*, IN: CIRINO, O. e MEDEIROS, R.(orgs), *Álcool e outras Drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis*, Belo Horizonte, Autêntica, 2006.

FARIA, M.W.S. de, *CAPS ad: experiência de um serviço*, IN: CIRINO, O. e MEDEIROS, R.(orgs), *Álcool e outras Drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis*, Belo Horizonte, Autêntica, 2006.

LARANJEIRA, R. *Legalização de Drogas e a Saúde Pública*, in *Ciência & Saúde Coletiva*, vol 15, n.3, Rio de Janeiro, Maio, 2010, disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 21/11/2010.

LANCETTI, A., *Clínica Peripatética*, São Paulo: Hucitec, 3ª Ed, 2008.

LARANJEIRA, R., ROMANO, M., *Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool, Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas (UNIAD) – Departamento de Psiquiatria – UNIFESP*, in *Revista Brasileira de Psiquiatria* v.26, supl.1, São Paulo, Maio, 2004, disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462004000500017&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 16/08/2010

LIMA R. de C.C., *Álcool e outras Drogas como desafio para a Saúde e as Políticas Intersectoriais: contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial*, in Vasconcelos, E. M., *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: editora Hucitec, 2010.

MEDEIROS, R., *Jovens, violência e drogas no contexto urbano*. IN: Cirino O. e Medeiros R. (orgs), *Álcool e outras Drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis*, Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. *Atenção em Saúde Mental*. Marta Elizabeth de Souza – 2ª Ed. – Belo Horizonte, 2007.

PINHEIRO, R. M., *Redução de danos e psicanálise aplicadas à toxicomania*, IN: Cirino O. e Medeiros R. (orgs), *Álcool e outras Drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis*, Belo Horizonte, Autêntica, 2006.

TOTUGUI, M. L. et al, *Álcool e outras Drogas como desafio para a Saúde e as Políticas Intersectoriais: contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial*, in Vasconcelos, E.M., *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: editora Hucitec, 2010.

VASCONCELOS, Eduardo.M. *Desafios Políticos no Campo da Saúde Mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional*, in Vasconcelos, E.M., *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: editora Hucitec, 2010.

