

Ministério da Saúde

**A POLÍTICA DO MINISTÉRIO
DA SAÚDE PARA A ATENÇÃO
INTEGRAL A USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A ATENÇÃO
INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

2ª edição revista e ampliada

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília – DF
2004

© 2004 Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 2ª edição revista e ampliada, 2004 – 3.000 exemplares

Distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Coordenação de Saúde Mental

Secretaria de Vigilância em Saúde

Coordenação Nacional de DST/AIDS

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, Sala 606

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Fones: (61) 315-3319/315-2684/315-2655

Fax: (61) 315-2313

E-mail: saudemental@saude.gov.br

Elaboração:

Grupo de Trabalho em Álcool e outras Drogas

Cláudia Araújo dos Santos, Denise Doneda, Denise Gandolfi, Maria Cristina Hoffmann, Maria Gorete Selau,

Margareth Oliveira, Paulo Macedo, Pedro Gabriel Delgado, Regina Benevides, Sueli Rodrigues, Francisco

Cordeiro

Revisão técnica:

Coordenação Geral de Saúde Mental/DAPE/SAS/MS

Impresso no Brasil/ *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

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.

64 p.: il.– (Série B. Textos Básicos de Saúde)

1. Prestação de cuidados de saúde. 2. Alcoolismo. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE/Saúde Mental. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. II. Título. III. Série.

NLM W 84

Catálogo na fonte – Editora MS

Sumário

Apresentação	5
1 - Introdução	7
2 - Marco Teórico-político	9
2.1 A lógica que separa o campo da saúde	9
2.2 A política de atenção integral em álcool e outras drogas.....	9
2.3 A redução de danos.....	10
2.4 A rede de saúde como local de conexão e inserção.....	10
3 - Panorama Nacional para Álcool e outras Drogas.....	12
3.1 Contextualização	12
3.2 Alcoolismo: o maior problema de saúde pública	16
3.3 Uso de drogas e início da vida sexual	19
3.4 Meninos e meninas de rua e o consumo de drogas.....	20
3.5 A epidemia da AIDS e a rota do tráfico.....	20
3.6 O uso de drogas injetáveis	21
4 - Diretrizes para a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas	22
4.1 Intersetorialidade.....	24
4.2 Atenção integral.....	25
4.2.1 Prevenção.....	26
4.2.2 Promoção e proteção à saúde de consumidores de álcool e outras drogas.....	30
4.2.3 Modelos de atenção – CAPS e redes assistenciais.....	32
4.2.4 Controle de entorpecentes e substâncias que produzem dependência física ou psíquica, e de precursores – padronização de serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas.....	36

4.3 Diretrizes para uma Política Nacional, Integral e Intersetorial de Redução dos Danos à Saúde e ao Bem-estar Causados pelas Bebidas Alcoólicas.....	37
5 - Bibliografia.....	41
6 - Endereços para Contato e Informações	44
6.1 Ministeriais	44
6.2 Coordenações Estaduais de Saúde Mental	45
6.3 CAPS ad Implantados e Cadastrados no Ministério da Saúde	48
6.4 Associações de Redução de Danos	55
Anexo	57
Relatório Final do I Encontro Nacional de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas - CAPS ad (Drogas, Saúde Pública e Democracia: reduzindo danos, ampliando direitos)	

Apresentação

A exclusão social e a ausência de cuidados que atingem, de forma histórica e contínua, aqueles que sofrem de transtornos mentais, apontam para a necessidade da reversão de modelos assistenciais, de modo a contemplar as reais necessidades da população, o que implica a disposição para atender igualmente ao direito de cada cidadão. Tal lógica também deve ser contemplada no planejamento de ações voltadas para a atenção integral às pessoas que consomem álcool e outras drogas.

A constatação de que tal uso tomou proporção de grave problema de saúde pública no País encontra ressonância nos diversos segmentos da sociedade, pela relação comprovada entre o consumo e agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam. O enfrentamento desta problemática constitui uma demanda mundial: de acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Salvo variações sem repercussão epidemiológica significativa, esta realidade encontra equivalência em território brasileiro.

Uma ação política eficaz pode reduzir o nível de problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas que são vivenciados por uma sociedade, evitando que se assista de forma passiva ao fluxo e refluxo de tal problemática. Consideramos que nada assume um caráter inevitável, e que, ao contrário, quando se constróem políticas públicas comprometidas com a promoção, prevenção e tratamento, na perspectiva da integração social e produção da autonomia das pessoas, o sofrimento decorrente deste consumo tende a diminuir em escala expressiva. Se em alguns países impera a ausência de qualquer iniciativa de saúde pública neste campo, vemos que em outros tal resposta assume um caráter meramente retórico e, por vezes, confuso.

No vácuo de propostas concretas, e na ausência do estabelecimento de uma clara política de saúde voltada para este segmento, surgiram no Brasil diversas "alternativas de atenção" de caráter total, fechado e tendo como único objetivo a ser alcançado a abstinência.

Cabe ressaltar, entretanto, que a sociedade atual coloca à nossa disposição uma extensa gama de políticas potenciais, e a sua inventividade e alcance estão em um processo de expansão contínua, sendo então possíveis outras formas de produzir novas perspectivas de vida para aqueles que sofrem devido ao consumo de álcool e drogas. Tal produção não ocorre somente pelo estabelecimento de leis, planos ou propostas, e sim pela sua implementação e exercício no cotidiano dos serviços, práticas e instituições, com definição sistematizada de responsabilidades para cada esfera governamental.

O Sistema Único de Saúde – SUS, instituído pela Constituição de 1988 e regulamentado pela Lei 8080/90, é o conjunto de ações e serviços de saúde que tem por finalidade a promoção de maior qualidade de vida para toda a população brasileira; no intuito de garantir o acesso de todos a uma assistência integral e eqüitativa à saúde, avança de forma

consistente na consolidação de rede de cuidados que funcione de forma regionalizada, hierarquizada e integrada. O SUS tem seu funcionamento organizado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, editadas com a função de fazer cumprir o mandamento constitucional de dispor legalmente sobre a proteção e a defesa da saúde.

O texto da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou, de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde; garante aos usuários de serviços de saúde mental – e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas – a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população.

As conferências de saúde, definidas e instituídas pela Lei 8.142/90, têm como atribuição avaliar a situação da saúde, propondo diretrizes para a formulação de políticas afins, nas três esferas de governo. De forma análoga, as conferências de saúde mental constituem o foro maior de debates em torno de questões relacionadas a esta área específica de atuação. Nesta condição, vemos o relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental (dezembro de 2001) evidenciando, de forma ética e diretiva, a (re)afirmação e (re)elaboração de estratégias e propostas para efetivar e consolidar um modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que garanta o seu atendimento pelo SUS e, ao mesmo tempo, considere o seu caráter multifatorial, não reduzindo esta questão a uma problemática exclusiva do sistema de atenção à saúde.

Assim sendo, torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Neste sentido, entendemos que uma política de promoção, prevenção, tratamento e de educação voltada para o uso de álcool e outras drogas deverá necessariamente ser construída nas interfaces intra-setoriais possíveis aos programas do Ministério da Saúde – MS, o mesmo ocorrendo em relação a outros Ministérios, organizações governamentais e não-governamentais e demais representações e setores da sociedade civil organizada, assegurando a participação intersetorial. Para tanto, decisão política, compromisso com a defesa da saúde e visão social são elementos indispensáveis.

Reafirmando que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública, reconhecendo a necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS, e buscando subsidiar a construção coletiva de seu enfrentamento, o Ministério da Saúde apresenta as suas diretrizes para uma Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas.

HUMBERTO COSTA
Ministro da Saúde

1. Introdução

A realidade contemporânea tem colocado novos desafios no modo como certos temas têm sido habitualmente abordados, especialmente no campo da saúde. Isto se dá pelo fato de que os objetos sobre os quais intervimos apresentam-se complexos, exigindo de nós o esforço de evitarmos simplificações reducionistas. Este é o caso do tema "álcool e outras drogas", que nos indica a necessidade de uma ação não apenas ampliada, mas para onde devem concorrer diferentes saberes e aportes teórico-técnicos. Assim, ao estabelecermos diretrizes, ações e metas na constituição de políticas para o Ministério da Saúde para os próximos anos, deveremos ter em mente a perspectiva transversalizadora que permite a apreensão do fenômeno contemporâneo do uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas de modo integrado, e diversificado em ofertas terapêuticas, preventivas, reabilitadoras, educativas e promotoras da saúde.

Historicamente, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas são evidentes, e devem ser consideradas na compreensão global do problema. Cabe ainda destacar que o tema vem sendo associado à criminalidade e práticas anti-sociais e à oferta de "tratamentos" inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social. Constatamos assim que, neste vácuo de propostas e de estabelecimento de uma clara política de saúde por parte do Ministério da Saúde, constituíram-se "alternativas de atenção" de caráter total, fechado e tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência. A percepção distorcida da realidade do uso de álcool e outras drogas promove a disseminação de uma cultura de combate a substâncias que são inertes por natureza, fazendo que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem aparentemente relegados a um plano menos importante. Isto por vezes é confirmado pela multiplicidade de propostas e abordagens preventivas/terapêuticas consideravelmente ineficazes, por vezes reforçadoras da própria situação de uso abusivo e/ou dependência.

Os principais limites observados pela não priorização, por parte do MS, de uma política de saúde integral dirigida ao consumidor de álcool e outras drogas, podem ser percebidos a partir do impacto econômico e social que tem recaído para o Sistema Único de Saúde, seja por seus custos diretos, seja pela impossibilidade de resposta de outras pastas governamentais voltadas para um efeito positivo sobre a redução do consumo de drogas; isto também ocorre no que se refere ao resgate do usuário do ponto de vista da saúde (e não tão-somente moralista ou legalista), e em estratégias de comunicação que reforçam o senso comum de que todo consumidor é marginal e perigoso para a sociedade. Internamente à Saúde, ressalta-se a elaboração pregressa de políticas fragmentadas, sem capilaridade local e de pouca abrangência, além do desenvolvimento de ações de redução de danos adstritas ao controle da epidemia de AIDS, não explorando as suas possibilidades para a prevenção e a assistência.

Entendemos que uma política de prevenção, tratamento e de educação para o consumo de álcool e outras drogas necessariamente terá de ser construída na interface de programas

do Ministério da Saúde com outros Ministérios, bem como com setores da sociedade civil organizada. Trata-se aqui de afirmar que o consumo de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública. Dentro de uma perspectiva de saúde pública, o planejamento de programas deve contemplar grandes parcelas da população, de uma forma que a abstinência não seja a única meta viável e possível aos usuários.

A dependência das drogas é transtorno em que predomina a heterogeneidade, já que afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias. Muitos consumidores de drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência dos profissionais de saúde, e abandonam os serviços. Outros sequer procuram tais serviços, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças. Assim, o nível de adesão ao tratamento ou a práticas preventivas e de promoção é baixo, não contribuindo para a inserção social e familiar do usuário. Temos ainda presenciado o aparecimento de novas substâncias de abuso e novas formas de consumo, que adotam características próprias e requerem modalidades de prevenção adaptadas aos consumidores e aos contextos em que são consumidas.

Reconhecer o consumidor, suas características e necessidades, assim como as vias de administração de drogas, exige a busca de novas estratégias de contato e de vínculo com ele e seus familiares, para que se possa desenhar e implantar múltiplos programas de prevenção, educação, tratamento e promoção adaptados às diferentes necessidades. Para que uma política de saúde seja coerente, eficaz e efetiva deve ter em conta que as distintas estratégias são complementares e não concorrentes, e que, portanto, o retardo do consumo de drogas, a redução dos danos associada ao consumo e a superação do consumo são elementos fundamentais para sua construção.

2. Marco Teórico-político

2.1 A Lógica que Separa o Campo da Saúde

Sempre foi um desafio para as práticas de saúde aliar o âmbito clínico de intervenção com o da saúde coletiva. O primeiro tem como seu foco as manifestações individuais das alterações da saúde, enquanto que o segundo efetua um outro tipo de corte, tomando a incidência e a prevalência das alterações em plano coletivo. Menos do que contribuir para o avanço de dispositivos e instrumentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação, promoção e prevenção, esta divisão entre a clínica de um lado e a saúde coletiva de outro tem resultado em embates de saber/poder que (re)afirmam suas verdades em campos separados e, grande parte das vezes, oponentes.

Quando seguimos esta lógica, a das binarizações, todos perdemos. Perdemos as contribuições da experiência clínica que está voltada para as características singulares que se expressam em cada corpo, em cada sujeito, em cada história de vida. Perdemos as contribuições das análises propiciadas pelo recorte da saúde coletiva que capta as expressões de uma comunidade, de uma localidade, de um tipo de afecção, de uma categoria social ou de gênero, de histórias que se cruzam configurando a história em um certo momento.

O que estamos querendo aqui destacar é: esta lógica deve ser combatida em prol de uma outra maneira de pensar e fazer que experimente as diferentes contribuições, fazendo-as interpelações umas das outras. A esta outra lógica chamamos transversalização.

Parece que hoje aí reside o grande desafio: instaurar em todos os campos da saúde pública uma atitude que, ao mesmo tempo, garanta as especificidades acumuladas ao longo do tempo em cada núcleo de saber e, para além disso, consiga fazer atravessar tais saberes uns sobre os outros, de modo a construir novos olhares, novos dispositivos de intervenção.

Quem ganha com isto? Os usuários do sistema de saúde e todos aqueles comprometidos com a saúde enquanto defesa da vida.

2.2 A Política de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas

No campo da política de atenção integral em álcool e outras drogas no Brasil, vimos que o tema tem sido tratado de modo pontual, contando com esforços de setores e grupos preocupados com o aumento exponencial do problema do uso abusivo de álcool e outras drogas. É importante, portanto, destacar que, neste governo, o Ministério da Saúde assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública. Esta decisão atende às propostas que foram enfaticamente recomendadas pela III Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 2001 (III CNSM, Relatório Final, 2001). Comprometer-se com a formulação, execução e avaliação de uma política de atenção a usuários de álcool e outras drogas exige

exatamente a ruptura de uma lógica binarizante que separa e detém o problema em fronteiras rigidamente delineadas, e cujo eixo principal de entendimento (e, portanto, de "tratamento") baseia-se na associação drogas/comportamento anti-social (álcool) ou criminoso (drogas ilícitas). Em ambos os casos, há um único objetivo a ser alcançado: a abstinência.

Frente a este objetivo, são traçadas estratégias de abordagem para sua consecução: redução da oferta e redução da demanda. Para a primeira estratégia, conta-se com a ação da justiça, da segurança e da defesa. Para a segunda, a operação substancial tem-se dado por meio de tratamentos de internação com afastamento do usuário do agente indutor.

Sem que deixemos de considerar a existência destes métodos, com os quais temos ainda muito de debater, queremos indicar que, em se tratando de tema tão complexo, com claras implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas, traçar uma política com base em um único objetivo é trabalhar em saúde com um modo estreito de entendimento.

Parece-nos que aí é o sentido da clínica que se perde e, mais ainda, é a riqueza do que nos oferece a saúde coletiva que se empobrece. Queremos resgatar aqui o duplo sentido da clínica: o de "inclinarse" (*klinikó̃s*), acolhendo o paciente e sua história, e o de produzir um desvio (*clinamen*) para produzir outra história, outra possibilidade de existência (Benevides, 2001). Queremos também resgatar o sentido de saúde coletiva que "implica levar em conta a diversidade e especificidade dos grupos populacionais e das individualidades com seus modos próprios de adoecer e/ou representarem tal processo" (Paim, 1980).

Se nas práticas de saúde nosso compromisso ético é o da defesa da vida, temos de nos colocar na condição de acolhimento, em que cada vida se expressará de uma maneira singular, mas também em que cada vida é expressão da história de muitas vidas, de um coletivo. Não podemos nos afastar deste intrincado ponto onde as vidas, em seu processo de expansão, muitas vezes sucumbem ao aprisionamento, perdem-se de seu movimento de abertura e precisam, para desviar do rumo muitas vezes visto como inexorável no uso de drogas, de novos agenciamentos e outras construções.

2.3 A Redução de Danos

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos de, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento.

Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por quê? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos se oferece como um método (no sentido de *methodos* caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, o estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam.

2.4 A Rede de Saúde como Local de Conexão e de Inserção

Se afirmamos que a redução de danos é uma estratégia, é porque entendemos que, enquanto tal, e para ter a eficácia que pretende, ela deve ser operada em inter-ações, promovendo o aumento de superfície de contato, criando pontos de referência,

viabilizando o acesso e o acolhimento, adscrevendo a clientela e qualificando a demanda, multiplicando as possibilidades de enfrentamento ao problema da dependência no uso do álcool e outras drogas.

Neste ponto, a abordagem se afirma como clínico-política, pois, para que não reste apenas como "mudança comportamental", a redução de danos deve se dar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social, com clara pretensão de criar outros movimentos possíveis na cidade, visando a avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares, de modo a lidar com a hetero e a autoviolência muitas vezes decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, usando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida. Neste sentido, o *locus* de ação pode ser tanto os diferentes locais por onde circulam os usuários de álcool e outras drogas, como equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, mas também das de educação, de trabalho, de promoção social etc., equipamentos em que a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação sejam contínuos e se dêem de forma associada.

Nunca é demais, portanto, insistir que é a rede – de profissionais, de familiares, de organizações governamentais e não-governamentais em interação constante, cada um com seu núcleo específico de ação, mas apoiando-se mutuamente, alimentando-se enquanto rede – que cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata, reconstrói existências, cria efetivas alternativas de combate ao que, no uso das drogas, destrói a vida.

Este é o compromisso da saúde: fazer proliferar a vida e fazê-la digna de ser vivida. Este é o compromisso do Ministério da Saúde: criar e manter equipamentos, qualificar seus profissionais, formular políticas de saúde em articulação com outras áreas afins, executar e avaliar tais políticas, assumindo o que lhe cabe no enfrentamento do que faz adoecer e morrer. Este é o compromisso do SUS: fortalecer seu caráter de rede incitando outras redes à conexão. A garantia do acesso aos serviços e à participação do consumidor em seu tratamento são princípios assumidos pelo SUS como direitos a serem garantidos. Isto se dá por meio do estabelecimento de vínculos, da construção da co-responsabilidade e de uma perspectiva ampliada da clínica, transformando os serviços em locais de acolhimento e enfrentamento coletivo das situações ligadas ao problema.

Proporcionar tratamento na atenção primária, garantir o acesso a medicamentos, garantir atenção na comunidade, fornecer educação em saúde para a população, envolver comunidades/famílias/usuários, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores, monitorizar a saúde mental na comunidade, dar mais apoio à pesquisa e estabelecer programas específicos são práticas que devem ser obrigatoriamente contempladas pela Política de Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas, em uma perspectiva ampliada de saúde pública.

3. Panorama Nacional para Álcool e outras Drogas

3.1 Contextualização

A exclusão social e a ausência de cuidados que atingem, de forma histórica e contínua, aqueles que sofrem de transtornos mentais, apontam para a necessidade da reversão de modelos assistenciais que não contemplam as reais necessidades de uma população. Isto é uma demanda mundial, amplamente respaldada por evidências científicas. Citando somente um exemplo, dados fornecidos por estudo capitaneado pela Universidade de Harvard indicam que, das dez doenças mais incapacitantes em todo o mundo, cinco são de origem psiquiátrica: depressão, transtorno afetivo bipolar, alcoolismo, esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo (Murray e Lopez, 1996). Apesar de responsáveis diretas por somente 1,4% de todas as mortes, as condições neurológicas e psiquiátricas foram responsáveis por 28% de todos os anos vividos com alguma desabilitação para a vida. Salvo variações sem repercussão epidemiológica significativa, a realidade acima encontra equivalência em território brasileiro.

De acordo com a própria Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. A despeito do uso de substâncias psicoativas de caráter ilícito, e considerando qualquer faixa etária, o uso indevido de álcool e tabaco tem a maior prevalência global, trazendo também as mais graves conseqüências para a saúde pública mundial. Corroborando tais afirmações, estudo conduzido pela Universidade de Harvard e instituições colaboradoras (Murray e Lopez, 1996) sobre a carga global de doenças trouxe a estimativa de que o álcool seria responsável por cerca de 1,5% de todas as mortes no mundo, bem como sobre 2,5% do total de anos vividos ajustados para incapacidade. Ainda segundo o mesmo estudo, esta carga inclui transtornos físicos (cirrose hepática, miocardiopatia alcoólica, etc.) e lesões decorrentes de acidentes (industriais e automobilísticos, por exemplo) influenciados pelo uso indevido de álcool, o qual cresce de forma preocupante em países em desenvolvimento.

O uso do álcool é cultural, sendo permitido em quase todas as sociedades do mundo. Informações sobre "saber beber com responsabilidade e as conseqüências do uso inadequado de álcool" ainda são insuficientes e não contemplam a população de maior risco para o consumo, que são os adolescentes e os adultos jovens.

Os transtornos mentais e de comportamento têm ocorrência relativamente comum durante a infância e a adolescência (OMS, 2001). Com freqüência, não são detectados, mesmo porque existe um certo consenso popular sobre a sua inexistência, ou mesmo sobre um suposto caráter incomum. Apesar disso, trazem custo inestimável para a sociedade como um todo, especialmente nos aspectos humano e financeiro. Constituem grave problema de saúde pública mundial, o que se agrava pelo fato de que muitos dos transtornos ocorridos nestas fases do desenvolvimento humano podem continuar se manifestando durante a idade adulta, em um comprometimento global de estimativa

complexa e difícil; geram grande carga agregada de doenças, sendo freqüentemente o reflexo de acometimento maior, em um contexto sócio-familiar.

Ainda que apresentem variação considerável, estudos investigativos evidenciam uma prevalência geral elevada de transtornos mentais e de comportamento em crianças – 10 a 20% delas podem ter um ou mais problemas mentais. Porém, enquanto fases do desenvolvimento, a infância e a adolescência não proporcionam uma clara delimitação/delimitação entre fenômenos tidos como anormais e outros aceitos como componentes de um desenvolvimento normal, o que certamente superestima a prevalência acima mencionada. Em contrapartida, vemos uma elevação na identificação de transtornos que, freqüentemente observados em adultos, podem ter seu início na idade infantil, como no caso dos transtornos depressivos. No tocante a categorias diagnósticas específicas da infância e adolescência (CID-10, 1996), vemos que transtornos hipercinéticos, distúrbios de atenção e hiperatividade, distúrbios de conduta e transtornos emocionais da infância podem constituir fatores de risco para a ocorrência futura de comorbidades diversas – especialmente, o uso de álcool e outras drogas.

Existe uma tendência mundial que aponta para o uso cada vez mais precoce de substâncias psicoativas, incluindo o álcool, sendo que tal uso também ocorre de forma cada vez mais pesada. No Brasil, estudo realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicoativas – CEBRID sobre o uso indevido de drogas por estudantes (n = 2.730) dos antigos 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras (Galduróz et. al., 1997) revelou percentual altíssimo de adolescentes que já haviam feito uso de álcool na vida: 74,1%. Quanto a uso freqüente, e para a mesma amostra, chegamos a 14,7%. Ficou constatado que 19,5% dos estudantes faltaram à escola, após beber, e que 11,5% brigaram, sob o efeito do álcool.

Como conseqüências, temos altos índices de abandono escolar, bem como o rompimento de outros laços sociais que reforçam a percepção pública deste uso como próximo ao crime, faltando a compreensão do fenômeno como reflexo de questões multifatoriais.

Comparativamente a estudos semelhantes realizados anteriormente, com o mesmo rigor metodológico (o que permite algum nível comparativo, visto que se referem a grupos populacionais definidos), o uso freqüente de álcool aumentou em seis capitais, e o uso pesado (20 vezes ou mais por mês) aumentou em oito das dez capitais participantes do estudo.

Estudos como este encontram dificuldades para a sua replicação em ambientes escolares de natureza privada, o que se justifica por diversas razões; dentre elas, destacamos o temor (por parte de diretores e donos de escolas) de que, mediante divulgação indevida dos dados obtidos, estes estabelecimentos de ensino fiquem de alguma forma estigmatizados como locais nos quais haveria uma suposta facilitação ao uso de substâncias psicoativas, o que supostamente teria impacto indesejado sobre a credibilidade da escola, enquanto um espaço de formação de sujeitos.

Ao considerarmos crianças e adolescentes em situação de rua, vemos um agravamento da situação acima descrita, no tocante às substâncias psicoativas em geral (Noto et. al., 1993), sendo apresentados percentuais altíssimos de uso na vida, em todas as capitais pesquisadas, também de forma cada vez mais precoce e pesada.

Diversos estudos brasileiros têm apontado o crescimento do consumo de álcool entre jovens. Dados do Levantamento sobre o Uso de Drogas com Estudantes de 1º e 2º Graus em 10 Capitais Brasileiras – realizado pelo CEBRID –, apontam que o uso de drogas psicotrópicas entre estudantes da rede pública de ensino vem aumentando significativamente, ao longo do período de 1987 a 1997. Nas camadas mais pobres da população, o uso de solventes e maconha é observado com freqüência. Observa-se também o aumento no uso de ansiolíticos, anfetaminas e cocaína. Comparando-se o aumento do consumo destas substâncias ao longo dos quatro levantamentos, na categoria

de uso "seis vezes ou mais no mês", observou-se aumento no consumo de 100% para os ansiolíticos; 150% para as anfetaminas; 325% para a maconha e 700% para a cocaína.

A resposta nacional à epidemia de AIDS aumentou a visibilidade dos usuários de drogas injetáveis, pela alta taxa de compartilhamento de seringas e agulhas. Cerca 25% dos casos de AIDS estão direta ou indiretamente relacionados a categoria de exposição ao uso de drogas injetáveis. Estudo realizado entre Usuários de Droga Injetável – UDIs acessados por projetos de redução de danos (Pesquisa AJUDE Brasil II - 2001) apontam que 38,6% concederam agulhas e seringas a outra pessoa, enquanto 35,9% utilizaram agulhas e seringas de outra pessoa. A taxa de soroprevalência de HIV é de 36,5%.

Pesquisa encomendada pelo Governo Federal sobre os custos dos acidentes de trânsito no Brasil (IPEA/MS e Cols., em desenvolvimento), mostra em seus resultados preliminares que 53% do total dos pacientes atendidos por acidentes de trânsito, no Ambulatório de Emergência do Hospital das Clínicas/SP, em período determinado, estavam com índices de alcoolemia em seus exames de sangue superiores aos permitidos pelo Código de Trânsito Brasileiro, sendo a maioria pacientes do sexo masculino, com idades entre 15 e 29 anos. A deseconomia relacionada a estes agravos faz que o SUS gaste aproximadamente R\$ 1.000.000,00 dos recursos do tesouro nacional e do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais por Veículos Automotores Terrestres/DPVAT, com internações e tratamentos (IPEA/MS e Cols., em desenvolvimento); a mortalidade chega a 30 mil óbitos/ano, cerca de 28%, das mortes por todas as causas externas. Das análises em vítimas fatais/IML/SP, o nível de alcoolemia encontrado chega a 96,8%.

A relação entre o uso do álcool, outras drogas e os eventos acidentais ou situações de violência, evidencia o aumento na gravidade das lesões e a diminuição dos anos potenciais de vida da população, expondo as pessoas a comportamentos de risco. Os acidentes e as violências ocupam a segunda causa de mortalidade geral, sendo a primeira causa de óbitos entre pessoas de 10 a 49 anos de idade. Esse perfil se mantém nas séries históricas do Sistema de Mortalidade do Ministério da Saúde, nos últimos oito anos.

O tema "Violência e Saúde" é objeto de estudos nacionais, e internacionais, sendo o Brasil citado pela Organização das Nações Unidas como um dos poucos países que tratam esse assunto no âmbito do setor saúde. O Ministério da Saúde estuda a relação desses agravos com o uso de álcool e outras drogas, para desenvolver a atenção integral à população, de acordo com o estabelecido na Legislação em vigor para o Sistema Único de Saúde (MS, 2001).

O Brasil conta com mais de 51 milhões de jovens na faixa etária dos 10 aos 24 anos de idade. Enfrentar o desafio de promover o desenvolvimento saudável da juventude requer a elaboração de políticas capazes de prover a atenção à saúde em todos os níveis de complexidade, e a participação de todos os setores da sociedade.

O uso de drogas, inclusive álcool e tabaco, tem relação direta e indireta com uma série de agravos à saúde dos adolescentes e jovens, entre os quais destacam-se acidentes de trânsito, agressões, depressões clínicas e distúrbios de conduta, ao lado de comportamento de risco no âmbito sexual e transmissão do HIV pelo uso de drogas injetáveis e de outros problemas de saúde decorrentes dos componentes da substância ingerida, e das vias de administração.

Vários trabalhos citados por Galduróz, Noto e Carlini na discussão do IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º Graus em 10 Capitais Brasileiras evidenciam que o uso de drogas psicotrópicas influem fortemente no baixo rendimento escolar. Tal conclusão foi possível, porque houve diferenças significativas na comparação da defasagem série/idade entre os não usuários e os usuários de drogas, exceto tabaco e álcool. No entanto, a defasagem no País é tão grande que, mesmo sem o uso de drogas, a análise mais aprofundada fica comprometida.

Em Salvador, a defasagem chegou a 78,7%. Com exceção de Porto Alegre, São Paulo e Curitiba, as outras 07 capitais apresentaram defasagem escolar acima de 60%.

Morbidade Hospitalar do SUS – por local de residência – Brasil/2001
Internações por Lista Morb CID-10 • Faixa Etária 2: 10 a 14 anos , 15 a 19 anos , 20 a 24 anos

Sexo Masculino	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 24 anos	Total	%
1- Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	36.901	44.692	53.940	135.533	24,53
2- Doenças do aparelho respiratório	38.962	30.845	28.729	98.536	17,83
3- Doenças do aparelho digestivo	21.500	22.356	30.113	73.969	13,39
4- Algumas doenças infecciosas e parasitárias	24.255	19.482	21.008	64.745	11,72
5- Doenças do aparelho geniturinário	12.505	10.935	13.227	36.667	06,63
6- Transtornos mentais e comportamentais	986	9.708	22.580	33.283	06,02
7- Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	9.207	9.703	11.730	30.640	05,54
8- Doenças do aparelho circulatório	5.692	5.698	6.875	18.265	03,30
9- Neoplastas (tumores)	3.602	4.871	7.382	15.855	02,87
10- Doenças do sistema nervoso	5.401	5.580	4.766	15.747	02,85
11- Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4.677	4.860	5.356	14.893	02,69
12- Causas externas de morbidade e mortalidade	3.981	4.701	5.537	14.219	02,57
Total	167.669	173.431	211.252	552.352	–

Fonte: DATASUS/TABNET/MS

Sexo Feminino	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 24 anos	Total	%
1- Gravidez parto puerpério	36.565	706.552	915.086	1.658.203	77,28
2- Doenças do aparelho geniturinário	10.756	38.495	57.003	106.254	4,95
3- Doenças do aparelho respiratório	34.963	32.882	32.262	100.107	4,66
4- Doenças do aparelho digestivo	13.966	23.243	36.615	73.824	3,44
5- Algumas doenças infecciosas e parasitárias	20.240	20.321	20.892	61.453	2,86
6- Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	12.436	12.805	12.786	38.027	1,77
7- Doenças do aparelho circulatório	3.103	7.379	13.465	23.947	1,11
8- Neoplastas (tumores)	4.590	6.430	10.427	21.447	0,99
9- Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	5.614	5.992	6.758	18.364	0,85
10- Transtornos mentais e comportamentais	748	4.841	9.658	15.247	0,71
11- Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	2.797	5.316	7.081	15.194	0,7
12- Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4.169	4.399	4.962	13.530	0,63
Total	149.947	868.655	1.126.995	2.145.597	–

Fonte: DATASUS/TABNET/MS

Os quadros da página anterior evidenciam que as causas de morbidade são bem diferenciadas por sexo. Verifica-se que a vulnerabilidade das mulheres nesta faixa etária está na saúde sexual e reprodutiva, enquanto que os homens estão mais expostos às causas de acidentes e violência.

O contingente masculino, de 10 a 24 anos de idade, tem como primeira causa de morbidade, dentro das primeiras doze causas, as lesões e envenenamentos e algumas outras causas externas, com uma incidência de 24,53%; o percentual mais alto por faixa etária está na faixa de 20 a 24 anos de idade com 39,78%, seguida pelos adolescentes de 15 a 19 anos (32,97%) e os de 10 a 14 anos, com 37,22%. Quando somadas a outras causas externas de morbidade e mortalidade, com o percentual de 2,35%, mostram a vulnerabilidade dos homens adolescentes e jovens às questões relacionadas à violência.

3.2 Alcoolismo: o Maior Problema de Saúde Pública

O uso do álcool impõe às sociedades de todos os países uma carga global de agravos indesejáveis e extremamente dispendiosos, que acometem os indivíduos em todas as dimensões de sua vida. A reafirmação histórica do papel nocivo que o álcool nos oferece deu origem a uma gama extensa de respostas políticas para o enfrentamento dos problemas decorrentes de seu consumo, corroborando assim o fato concreto de que a magnitude da questão é enorme, no contexto de saúde pública mundial.

O diagnóstico e o tratamento precoces da dependência ao álcool têm papel fundamental no prognóstico deste transtorno, o que se amplia em uma perspectiva global de prevenção e promoção da saúde, e se agrava ao constatarmos que, de uma forma geral, há despreparo significativo e desinformação das pessoas que lidam diretamente com o problema, sejam elas usuários, familiares, sejam profissionais de saúde.

Aproximadamente 20% dos pacientes tratados na rede primária bebem em um nível considerado de alto risco, pelo menos fazendo uso abusivo do álcool. Estas pessoas têm seu primeiro contato com os serviços de saúde por intermédio de clínicos gerais. Apesar disso, estes pouco detectam a presença de acometimento por tal uso, o que tem repercussão negativa sobre as possibilidades de diagnóstico e tratamento. Vemos que, no geral, o foco da atenção está voltado para as doenças clínicas decorrentes da dependência – que ocorrem tardiamente – e não para a dependência subjacente.

Os fatos acima assumem importância maior dentro de um contexto preventivo, ao considerarmos que, via de regra, o período médio entre o primeiro problema decorrente do uso de álcool e a primeira intervenção voltada para este problema é de 05 anos; a demora para iniciar o tratamento e a sua inadequação pioram o prognóstico. Dentre inúmeros fatores de influência sobre a ineficácia da assistência disponível, consideramos sobremaneira a crença errônea de que os pacientes raramente se recuperam, sendo um fator decisivo para tanto a falta/oferta de um currículo relativo a abordagem do uso de álcool e drogas que seja minimamente suficiente, pelas faculdades de medicina; ampliamos a questão para as instituições de ensino formadoras de outros profissionais de saúde, na desejável possibilidade de abordagens multiprofissionais para os consumidores.

Ainda de forma relativa aos profissionais de saúde, existem diversos impedimentos para diagnosticar, tratar ou encaminhar as pessoas que apresentam complicações decorrentes do consumo de álcool. Em um plano cognitivo, os trabalhadores de saúde apresentam a falta de conhecimentos sobre a variedade de apresentações sintomáticas gerados pelo uso abusivo e pela dependência ao álcool, bem como de meios para facilitar o seu diagnóstico. Apresentam também uma visão negativa do paciente, e de suas perspectivas evolutivas frente ao problema, o que impede uma atitude mais produtiva.

Devemos considerar que a não-compreensão fenomenológica da resistência freqüentemente apresentada pelos pacientes provoca nestes profissionais respostas pouco acolhedoras, o que se agrava na perspectiva de que a necessidade de acolhimento, enquanto estratégia facilitadora de abordagem, motivação, e aderência a qualquer proposta

de cuidados, é fundamental. Tal acolhimento, em qualquer nível assistencial (especializado ou não-especializado), deve estar disponível no momento em que a sua necessidade se impõe, uma vez que a ambivalência, a flutuação motivacional e o imediatismo fazem parte da apresentação costumeiramente evidente naqueles que procuram os serviços de saúde, devido às conseqüências do seu consumo alcoólico. Podemos ainda apontar como impedimento o conceito normalmente abraçado pelos profissionais de saúde de que não possuem qualquer responsabilidade ou competência sobre o diagnóstico e tratamento da dependência ao álcool, em uma evidente demonstração de estigma, exclusão e preconceito.

Ao analisarmos alguns dados correlatos e relativos aos custos decorrentes, vemos que os custos decorrentes do consumo de álcool são de grande magnitude. Considerando dados referentes ao ano de 2001 (DATASUS, 2001), tivemos no Brasil 84.467 internações para o tratamento de problemas relacionados ao uso do álcool, mais de quatro vezes o número de internações ocorridas por uso de outras drogas. No mesmo período, foram emitidas 121.901 AIs para as internações relacionadas ao alcoolismo. Como a média de permanência em internação foi de 27,3 dias para o período selecionado, estas internações tiveram em 2001 um custo anual para o SUS de mais de 60 milhões de reais.

Estes números não incluem os gastos com os tratamentos ambulatoriais, nem com as internações e outras formas de tratamento de doenças indiretamente provocadas pelo consumo do álcool, como aquelas que atingem os aparelhos digestivo e cardiovascular, câncer (principalmente hepático, de estômago e de mama), deficiências nutricionais, doenças do feto e recém-nato da mãe alcoólista, as doenças neurológicas e o agravamento de outras doenças psiquiátricas provocado pelo álcool, assim como os agravos decorrentes de acidentes ou violência, o que se aplica a todos os povos. Pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Abuso de Álcool e Drogas dos EUA (1997) 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. De forma relativa à violência doméstica, a mesma pesquisa evidenciou que 2/3 dos casos de espancamento de crianças ocorrem quando os pais agressores estão embriagados, o mesmo ocorrendo nas agressões entre marido e mulher. No Brasil, pesquisa realizada pelo CEBRID (1996) informou que na análise de mais de 19.000 laudos cadavéricos feitos entre 1986 e 1993 no IML de cada 100 corpos que deram entrada vítimas de morte não natural, 95 tinham álcool no sangue.

Ainda de acordo com o DATASUS, e considerando o período compreendido entre 2001 e novembro de 2003, verificamos que o maior percentual de gastos é decorrente do uso indevido de álcool – 84,5%; contra 14,6% de gastos oriundos no consumo de outras substâncias psicoativas.

MORBIDADE HOSPITALAR NO SUS

Transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras substâncias psicoativas – 2002 até abril de 2004

MORBIDADES – CID 10	Valor Total (R\$)	(%)
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	142.646.007,46	83%
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas	29.098.956,61	17%
Total Gastos Anuais	171.744.964,07	100%

Fonte: DATASUS, Ministério da Saúde.

Os dados confirmam o consenso mundial de que as intervenções voltadas para minimizar os custos do gasto indevido de substâncias psicoativas devem dedicar atenção especial às drogas de uso lícito, especialmente o álcool. Poucos consumidores (os mais acometidos, em verdade) recebem atenção do sistema de saúde em dispositivos de atenção extra-hospitalar especializada (ainda pouco disponível) ou em nível de atenção básica; a atenção hospitalar no Brasil, componente de um modelo iatrogênico, ultrapassado e excludente de oferta de cuidados, não contempla as necessidades da maioria dos indivíduos que têm poucos problemas com o álcool, os quais constituem parcela maior da população de consumidores – portanto, com maior probabilidade e risco para desenvolver problemas mais graves, devendo ser alvo de intervenções preventivas, o que não deve ser absolutamente ignorado, dentro de uma perspectiva de saúde pública. Desta forma, prevenção precoce e intervenções breves podem ter efeitos benéficos que ultrapassam as suas populações-alvo. A oferta de cuidados extra-hospitalares, inseridos na comunidade e complementados por outros programas assistenciais, promove condições para a reversão deste panorama.

Repensar as formas de cuidar destas pessoas deve contemplar formas de intervenção precoce, dentro de uma perspectiva lógica de redução de danos, o que teria impacto altamente positivo sobre a carga global de problemas e sobre o custo direto e indireto associado ao consumo de álcool.

Desta forma, uma política nacional de atenção à saúde, de forma relacionada ao consumo de álcool, implica a implementação da assistência, ampliando a cobertura e o espectro de atuação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, o qual contempla a assistência a pessoas com problemas relacionados ao uso do álcool e seus familiares. A assistência a usuários de álcool deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, como o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad), devendo também estar inserida na atuação do Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programas de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde.

Também é fundamental aperfeiçoar a assistência dos casos de maior gravidade nos dispositivos de saúde que demandem por cuidados mais específicos em dispositivos de maior complexidade, como os serviços de emergências médicas (geral e emergência psiquiátrica), principalmente para o atendimento de urgências como os quadros de intoxicação ou abstinência graves e outros transtornos clínicos e psiquiátricos agudos; o mesmo deve ocorrer em hospitais psiquiátricos e hospitais gerais.

Quanto à capacitação, devem ser ampliadas as atividades do Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos para os Serviços de Atenção aos Usuários de Drogas na Rede do SUS do Ministério da Saúde, capacitando não apenas os profissionais que atuarão nos CAPS ad, como também os que atuam nas demais unidades assistenciais, atividade também extensiva ao PSF e PACS, contemplando também a capacitação para profissionais de nível médio que atuem na assistência aos problemas relacionados ao uso do álcool. É fundamental o desenvolvimento, em ação conjunta com o Ministério da Educação, a modificação do currículo dos cursos de graduação na área da saúde, exigindo a abordagem dos problemas relacionados ao uso do álcool.

Quanto à prevenção, é essencial capacitar as equipes de saúde da família e prover os subsídios necessários para o desenvolvimento de ações de prevenção primária do uso prejudicial do álcool, para o diagnóstico precoce, desenvolvimento de ações de redução de danos, tratamento de casos não complicados e encaminhamento para a rede de assistência dos quadros moderados e graves.

Deve ser estimulado o desenvolvimento de ações de prevenção em escolas, locais de trabalho, sindicatos e outras associações. As ações incentivadas devem ter caráter permanente, ao invés de iniciativas pontuais e esporádicas, como campanhas, sem no entanto prescindir de ações de curta duração voltadas para a multiplicação da atuação preventiva.

Educar a população é fundamental, pois promove a redução dos obstáculos relativos ao tratamento e à atenção integral voltada para os consumidores de álcool, aumentando a consciência coletiva sobre a frequência dos transtornos decorrentes do uso indevido de álcool e drogas. As opções de atenção disponíveis e seus benefícios devem ser amplamente divulgados.

As respostas da população em geral, dos profissionais, da mídia, dos formuladores de políticas e dos políticos devem refletir os melhores conhecimentos disponíveis. Campanhas de educação e sensibilização, bem organizadas, reduzem a discriminação e a estigmatização, e fomentam o uso dos serviços disponíveis. Desta forma, as atividades preventivas também devem ser orientadas ao fornecimento de informações e discussão dos problemas provocados pelo consumo do álcool, sempre tendo em mente a estratégia de redução de danos, tendo ainda como fundamento uma visão compreensiva do consumo do álcool como fenômeno social, e ao mesmo tempo individual.

Quanto à mídia, uma política para redução de danos relacionados ao consumo de álcool deve necessariamente propor modificação na legislação na direção da proibição da propaganda de bebidas alcoólicas em meios de comunicação de massa. A propaganda deve ficar restrita aos locais de venda (bares, prateleiras de supermercado, etc.), como já é feito no Brasil para o tabaco. Os veículos de comunicação de massa devem ser incentivados 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.

Quanto ao controle social dos danos à saúde relacionados ao uso do álcool, deve ser fomentado o debate público em várias instâncias de modo a viabilizar o controle social sobre os danos à saúde e relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas. Este debate deve abordar medidas como a revisão da taxação de bebidas alcoólicas por meio de imposto que seria destinado ao custeio de assistência e prevenção dos problemas relacionados ao uso do álcool, bem como por discussão, implantação e implementação das propostas constantes no Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM, 2001) e do Seminário Internacional de Redução de Danos em Álcool, realizado em Recife, em setembro de 2002.

As discussões sobre o controle social e político do álcool devem combater argumentos mais liberais, os quais preconizam que a oferta e a demanda do álcool deveria ser algo que o próprio mercado deveria regular; que no Brasil temos controle em demasia, e que não necessitaríamos de mais um controle sobre esse produto, sendo também pouco democrático fazermos controle de um produto que é legalizado.

Para tanto, devem-se utilizar fortes contra-argumentos, no sentido de que são exatamente os países mais desenvolvidos do ponto de vista democrático que aumentam a cada dia o controle social sobre o álcool. É necessário privilegiar o interesse da sociedade em proteger-se dos danos causados pelo álcool, em face do interesse da indústria de bebidas, sendo portanto imperativo um exercício menos tímido e mais eficaz do controle social, no sentido de implementação das propostas que configurem uma política pública relativa ao uso de álcool.

3.3 Uso de Drogas e Início da Vida Sexual

Estudos demográficos apontam para crescente tendência de redução da faixa etária de início de vida sexual (em torno de 13 anos), refletida em altos índices de gravidez na adolescência, o que coincide com um início igualmente precoce do uso de bebidas alcoólicas. Pesquisa realizada na periferia de Caruaru (PE) confirmou esses dados, ao revelar que 27,6% dos entrevistados tiveram a primeira relação sexual antes dos 13 anos, e

80,1% tiveram antes dos 17 anos. Tais índices coincidem com a idade média de início de consumo de bebidas alcoólicas, também extraídos da pesquisa supracitada: 32,2% começaram a beber antes dos 13 anos e 74, 9% antes dos 17 anos.

Os dados preliminares da última pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID/UNIFESP: relação ente o uso de crack e o desenvolvimento de comportamento de risco para a infecção de DST/HIV/AIDS, com 150 mulheres usuárias de crack de São Paulo e São José do Rio Preto, demonstram que 80% das entrevistadas referem que a idade da primeira experiência sexual ocorreu antes dos 15 anos de idade, sendo que metade da amostra teve sua iniciação antes dos 14 anos. Constata-se o dado alarmante de 17% da iniciação sexual por estupro. Das entrevistadas, 72% referiram não saber que teriam de se proteger nas relações sexuais, revelando baixo conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis; conseqüentemente, o percentual dessas mulheres que refere ter usado preservativo na primeira relação sexual é extremamente baixo: 7%. Essas mulheres iniciaram precocemente o uso de crack, geralmente por influência do companheiro, sendo que para algumas o crack foi a primeira droga psicotrópica utilizada. Citam o álcool e a maconha como substâncias de uso obrigatoriamente associado ao crack.

3.4 Meninos e Meninas de Rua e o Consumo de Drogas

Outro estudo atual e relevante foi realizado pelo MS em parceria com o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua – MNMMR no mês de junho/2002, junto a crianças e adolescentes em situação de risco social. A amostra foi composta de 632 crianças e adolescentes entre 10 e 23 anos. Destacamos alguns dados gerais:

- 53,5% são do sexo masculino e 46,5% do sexo feminino;
- 85% dos entrevistados encontram-se na faixa etária de 13 a 17 anos;
- 94,8% referem freqüentar a escola regularmente;
- 89,5% referem morar na maioria dos dias da semana com a família, apenas 0,1% mora nas ruas e 9,5% em instituições.

Quanto aos conhecimentos sobre formas de contágio de AIDS, a pesquisa mostrou que 93,2% dessa população jovem têm informação sobre a infecção por meio do compartilhamento de seringas. Quanto ao uso de drogas, 23,2% refere já ter usado algum tipo de droga e quanto ao uso de droga por via injetável compartilhando a mesma seringa ou agulhas há referência em 0,8% da amostra.

Quando questionados sobre as drogas mais utilizadas pelas pessoas nos locais onde moram (perguntas com múltiplas escolhas), relataram:

- Álcool: 66,7%
- Maconha: 65,1%
- Cola: 41,7%
- Cocaína: 19,6%
- Crack: 13,13%
- Droga Injetável: 6,5%

3.5 A Epidemia de AIDS e a Rota do Tráfico

Defrontamo-nos com um cenário complexo e em permanente mutação referente tanto ao tráfico, quanto ao consumo de drogas. Este cenário repercute de forma importante na dinâmica da epidemia do HIV/AIDS, reclamando diversas alternativas preventivas, aplicáveis a contextos que variam de regiões com um uso incipiente de drogas injetáveis (ainda que de um consumo intenso de drogas ilícitas pelas demais vias) a regiões onde existem epidemias maduras de HIV/AIDS na população local de UDI (com taxas de infecção pelo HIV por vezes superiores a 60%).

3.6 Uso de Drogas Injetáveis

O uso compartilhado de equipamentos utilizados na auto-administração de drogas injetáveis, com o predomínio da cocaína injetável, é direta ou indiretamente, responsável por cerca de 25% do total de casos de AIDS notificados. Além da infecção pelo HIV, as demais doenças de transmissão sanguínea são bastante prevalentes entre os usuários de drogas injetáveis (UDI) brasileiros, com taxas elevadas de infecção pelos agentes etiológicos das hepatites virais, além de infecções particularmente comuns em determinadas regiões brasileiras, como a infecção pelo HTLV I / II, endêmica na Bahia e região Nordeste do Brasil, além de surtos de malária transmitidos por equipamentos de injeção.

Embora ainda não tenhamos dados consistentes, pesquisas pontuais e a observação da realidade demonstram crescimento do compartilhamento de seringas e agulhas para uso de anabolizantes em academias e de silicone injetável entre travestis. Por ora, estima-se, a partir de dados disponibilizados por diferentes pesquisas, que existam cerca de 800.000 usuários de drogas injetáveis (UDI) no País, com utilização desta via de consumo ao menos uma vez nos últimos 12 meses, com as seguintes características:

- São jovens, entre 18 a 30 anos, tendo iniciado o consumo de drogas injetável por volta dos 16 anos;
- Escolaridade é baixa, tendo a maioria o primeiro grau incompleto;
- A média de injeção gira em torno de 10 a 25 vezes por sessão de uso;
- Altas taxas de HIV = 36,5%, Hepatite C = 56,4 %;
- 85% dos UDI relatam o uso de droga em grupo;
- 23% procuraram tratamento para a dependência química em algum momento da vida;
- 80 % já foram detidos pelo menos uma vez na vida.

4. Diretrizes para a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas

Políticas e práticas dirigidas para pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito de atuação do Ministério da Saúde, devem estar integradas às propostas elaboradas pela Área Técnica de Saúde Mental/Álcool e Drogas do MS, bem como articuladas com as demais áreas do próprio Ministério da Saúde.

As diretrizes para uma política ministerial específica para a atenção a estes indivíduos estão em consonância com os princípios da política de saúde mental vigente – preconizada, articulada e implementada pelo Ministério da Saúde; uma vez regulamentada e respaldada pela Lei Federal 10.216 (MS, 2002), sancionada em 6/4/2001 –, constitui a Política de Saúde Mental oficial para o Ministério da Saúde, bem como para todas as unidades federativas.

Assim sendo, a Lei Federal 10.216 (MS, 2002) também vem a ser o instrumento legal/normativo máximo para a Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas, a qual também se encontra em sintonia para com as propostas e pressupostos da Organização Mundial da Saúde. A Lei em questão tem diversos desdobramentos positivos possíveis, se aplicada com eficácia (Delgado, 2002).

Viabilizando as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, no sentido de normalizar a atenção a usuários de álcool e drogas, o Ministério da Saúde publicou portarias voltadas para a estruturação de rede de atenção específica a estas pessoas. A Portaria GM/336 de 19 de fevereiro de 2002 (MS, 2002) define normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência em saúde mental, tipo Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, incluídos aqui os CAPS voltados para o atendimento aos usuários de álcool e drogas, os CAPS ad. Já a Portaria SAS/189 de 20 de março de 2002 (MS, 2002) regulamenta a Portaria GM/336, criando no âmbito do SUS os "serviços de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas".

A necessidade de definição de estratégias específicas de enfrentamento que visam ao fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos mesmos, levou o Ministério da Saúde a instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, via Portaria GM/816 de 30 de abril de 2002 (MS, 2002); mediante a consideração da multiplicidade de níveis de organização das redes assistenciais localizadas nos Estados e Distrito Federal, da diversidade das características populacionais existentes no País e da variação da incidência de transtornos causados pelo uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde propõe a criação de 250 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS ad, dispositivo assistencial de comprovada resolubilidade, podendo abrigar em seus projetos terapêuticos práticas de cuidados que contemplem a flexibilidade e a abrangência possíveis e necessárias a esta atenção específica, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde.

O programa considera ainda a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários; considera ainda que a atenção psicossocial a pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas deve se basear em uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, e articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Estes dispositivos, os já mencionados CAPS ad, devem oferecer atendimento diário, sendo capazes de oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilitam ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nestes serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, participação comunitária na discussão dos serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos.

No que se refere às estratégias necessárias para a reformulação da Política Nacional de Álcool e Drogas, é relevante destacar algumas características do campo de práticas, observadas no cenário nacional e internacional:

1. O consumo de drogas não atinge de maneira uniforme toda a população e sua distribuição é distinta nas diferentes regiões do País, apresentando inclusive diferenças significativas em uma mesma região, tanto nos aspectos sociais, quanto nas vias de utilização e na escolha do produto;

2. A pauperização do País, que atinge em maior número pessoas, famílias ou jovens de comunidades já empobrecidas, apresenta o tráfico como possibilidade de geração de renda e medida de proteção;

3. O aumento no início precoce em uso de drogas legais entre os jovens e a utilização cada vez mais freqüente de uso de drogas de *design* crack, e o seu impacto nas condições de saúde física e psíquica dos jovens, notadamente pela infecção ao HIV e hepatites virais;

4. A definição de políticas internacionais que contextualizam os países em desenvolvimento somente a partir de sua condição de produção, refino e exportação de produtos nocivos à saúde.

Por outro lado, a insuficiência/ausência histórica de políticas que promovam a promoção e proteção social, de saúde e tratamento das pessoas que usam, abusam ou são dependentes de álcool são determinantes para o aumento de suas vulnerabilidades.

Somado a esses fatores, o rigor da Lei Criminal de drogas vigente manifesta-se em condições desfavoráveis de acesso à saúde e a participação e organização dos usuários de drogas, ao estabelecer o uso como "proibido", sugerindo a ocultação. Além disso, ao dividir-se as drogas em lícitas e ilícitas, incorre-se na concentração de perigo e pânico diante daquelas substâncias qualificadas de ilícitas, havendo inclusive incentivo àquelas qualificadas de lícitas.

Ressaltamos a necessidade de desenvolver ações de atenção integral ao uso de álcool e drogas nas grandes cidades de forma diferenciada, devido à constatação de que, nas periferias, locais de concentração dos denominados "cinturões de pobreza", há subsistemas sociais que incluem grupos organizados (de drogas, crime, gangues etc.), além de ausência de fatores de proteção à comunidade que direta e/ou indiretamente possam contribuir para a diminuição das vulnerabilidades da população, como por exemplo, implementação de iluminação pública, saneamento, centros sociais e de lazer, jornadas duplas de escolaridade para jovens com atividades sócio-educacionais, profissionalizantes e recreativas etc.

Principais fatores que reforçam a exclusão social dos usuários de drogas:

1. Associação do uso de álcool e outras drogas à delinquência, sem critérios mínimos de avaliação;
2. O estigma atribuído aos usuários, promovendo a sua segregação social;
3. Inclusão do tráfico como uma alternativa de trabalho e geração de renda para as populações mais empobrecidas, em especial à utilização de mão-de-obra de jovens neste mercado;
4. A ilicitude do uso impede a participação social de forma organizada desses usuários;
5. O tratamento legal e de forma igualitária a todos os integrantes da "cadeia organizacional do mundo das drogas" é desigual em termos de penalização e alternativas de intervenção;

Desta forma, todas as propostas abaixo descritas têm o objetivo imprescindível de:

- 1) Alocar a questão do uso de álcool e outras drogas como problema de saúde pública;
- 2) Indicar o paradigma da redução de danos – estratégia de saúde pública que visa a reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autoregulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à mobilização social – nas ações de prevenção e de tratamento, como um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada;
- 3) Formular políticas que possam desconstruir o senso comum de que todo usuário de droga é um doente que requer internação, prisão ou absolvição;
- 4) Mobilizar a sociedade civil, oferecendo a esta condições de exercer seu controle, participar de práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, bem como estabelecer parcerias locais para o fortalecimento das políticas municipais e estaduais.

4.1 Intersetorialidade

O impacto de políticas públicas coordenadas setorialmente é visível e vem se impondo para todas as áreas sociais de governo. O desafio colocado é o de aperfeiçoar os instrumentos de acompanhamento e de geração de informações, que tornem factíveis os processos de avaliação e de gestão dos programas.

O uso de álcool e outras drogas, por tratar-se de um tema transversal a outras áreas da saúde, da justiça, da educação, social e de desenvolvimento, requer uma intensa capilaridade para a execução de uma política de atenção integral ao consumidor de álcool e outras drogas.

As articulações com a sociedade civil, movimentos sindicais, associações e organizações comunitárias e universidades, são fundamentais para a elaboração de planos estratégicos dos estados e municípios, ampliando-se significativamente a cobertura das ações dirigidas a populações de difícil acesso. Tais articulações constituem-se em instrumentos fundamentais de defesa e promoção de direitos (*advocacy*) e de controle social.

Nesse sentido, no campo da prática de políticas públicas, a intersetorialidade e a intrasetorialidade requerem investimentos contínuos e de longo prazo, dedicando esforços coerentes a cada nova geração. A integralidade das ações, com a conseqüente definição de papéis entre os diversos níveis de governabilidade, requer:

1. Construção de oportunidades de inserção das ações nos mecanismos implementados pelo Sistema Único de Saúde – SUS nestas esferas de governo;

2. A formulação de alternativas de sustentabilidade e de financiamento das ações;
3. O repasse das experiências relativas às iniciativas de descentralização e da desconcentração de atividades e de responsabilidades obtidas por estados e municípios;
4. Processos de formação e capacitação de profissionais e de trabalhadores de saúde, com amplo investimento político e operacional para a mudança de conceitos.

As ações de cooperação internacional também fortalecem este processo de articulação e de gestão, à medida que promovem a negociação de projetos e atividades de cooperação, a sua formalização junto às instâncias pertinentes, e as providências técnico-administrativas para viabilização destas ações, bem como a articulação com organismos internacionais e com governos estrangeiros, no sentido de desenvolver ações de cooperação técnica, científica, tecnológica e financeira.

Uma das propostas que se vislumbra como geradora de conhecimento e informação é a interação sistemática entre universidades, centros de pesquisa e envolvimento de diversos serviços de saúde, educação e sociais na constituição de sistemas locais de inovação científica e tecnológica aplicada aos problemas derivados do uso de drogas, bem como a articulação com outros setores sociais nacionais e internacionais comprometidos com a produção de conhecimentos neste campo.

4.2 Atenção Integral

Definir políticas públicas para a promoção de mudanças capazes de manterem-se estáveis nos diferentes níveis envolvidos requer:

1. Mudanças individuais de comportamento que estão diretamente vinculadas a estratégias globais de diminuição de riscos individuais e nos grupos de pares;
2. A mudança de crenças e normas sociais;
3. Ações de informação e prevenção, destinadas à população em geral com vistas a participação comunitária;
4. Diversificação e ampliação da oferta de serviços assistenciais;
5. Adoção de políticas de promoção a saúde que contemplem ações estruturais nas áreas de educação, saúde e de acesso a bens e serviços – em suma, que incluam na agenda a questão do desenvolvimento;
6. Discussão das leis criminais de drogas e implementação de dispositivos legais para a equidade do acesso dos usuários de álcool e outras drogas às ações de prevenção, tratamento e redução de danos, de acordo com prioridades locais e grau de vulnerabilidade;
7. Revisão da lei que permite demissão por justa causa em empresas que constatarem o uso de drogas por funcionários;
8. Discussão e impedimento de testagem de uso de drogas, realizada de forma compulsória em funcionários de empresas e estudantes de escolas públicas.

O estabelecimento de uma política exitosa deve prever sua descentralização e autonomia de gestão pelos níveis estaduais e municipais. Para tanto, a definição dos papéis de cada nível é fundamental, assim como a definição dos mecanismos de captação, utilização e repasse de recursos financeiros pelos três níveis de governo, de forma a equalizar os gastos em vigilância, tratamento, prevenção, redução de danos e repressão.

Para tanto, é fundamental a recomposição das instâncias estaduais e municipais de

controle da política de drogas, juntamente aos conselhos de saúde, ressaltando-se o ganho incomensurável se tais instâncias promoverem a participação de consumidores de drogas para a formulação de políticas locais. Os conselhos de saúde necessitam resgatar seu papel articulador entre os diferentes segmentos e não se constituírem em executores de ações. É importante ressaltar que a implementação de um sistema de formação de recursos humanos especificamente voltado para este tema é imprescindível.

Para a questão específica do consumo de drogas, o mundo defronta-se com o desafio de encontrar respostas que possam trazer, em médio prazo, a melhoria substancial das condições de vida das pessoas consumidoras de drogas, bem como respostas potentes relativas a prevenção e tratamento.

Os principais limites observados pela falta de prioridade dada a uma política de saúde integral dirigida ao consumidor de álcool e outras drogas pode ser observada a partir do impacto econômico e social que tem recaído para o SUS, seja por seus custos diretos, seja pela impossibilidade de resposta de outras pastas governamentais, de forma a impactar positivamente na redução do consumo de drogas, no resgate do usuário do ponto de vista da saúde e não tão-somente moralista ou legalista, e em estratégias de comunicação que reforçam o senso comum de que todo consumidor é marginal e perigoso para a sociedade.

4.2.1 Prevenção

Em todo o mundo, são evidentes os agravos decorrentes do uso indevido de substâncias psicoativas; também é de conhecimento público a crescente elevação dos custos decorrentes direta ou indiretamente de tal uso. O estigma, a exclusão, o preconceito, a discriminação e a desabilitação são ao mesmo tempo agravantes e conseqüências do uso indevido de álcool e drogas, colaborando morbidamente para a situação de comprometimento global que acomete tais pessoas. Isto também ocorre relativamente aos outros transtornos mentais.

Em uma evidência constante no tempo, a elevação do consumo evolui de maneira proporcional ao crescimento da problemática psicossocial correlata, devidamente manifesta em todos os segmentos sociais; por sua vez, estes têm contribuído historicamente para o reforço negativo dos agravantes acima citados, fato amplamente comprovado ao analisarmos o despreparo global de todos (profissionais de saúde, pacientes e familiares, no geral) os envolvidos com questões decorrentes de tal uso (Crisp, 2000).

Devemos ainda considerar o caráter informativo alarmista em relação ao real *status quo* do problema; tabaco e álcool, substâncias de uso historicamente lícito e as mais consumidas em todo o mundo são também as que trazem maiores e mais graves conseqüências para a saúde pública mundial. Com a mesma magnitude, deve ser levada em conta a grande timidez nacional em propor práticas de efetivo controle social relativo à comercialização destes produtos, que não trouxessem inevitavelmente a consolidação de uma cultura de falsos constrangimentos, e que fossem facilitadoras para a redução de danos e custos decorrentes do seu uso indevido. O comprometimento global conseqüente ao uso de álcool e outras drogas envolve muito estigma, exclusão e preconceito. Além disso, sofre influência da desabilitação que promove, sendo esta definida como a perda ou restrição nas habilidades de um indivíduo para exercer uma atividade, função ou papel social, em qualquer um dos domínios da vida de relação. Suas conseqüências afetam, com considerável prejuízo, as nações do mundo inteiro, ultrapassando fronteiras, na medida em que a problemática inerente ao abuso e/ou dependência de drogas avança por todas as sociedades, envolvendo homens e mulheres de diferentes grupos étnicos, independentemente de classe social e econômica ou mesmo de idade.

A prevenção voltada para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas pode ser definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco específicos, e fortalecimento dos fatores de proteção. Implica necessariamente a inserção comunitária das

práticas propostas, com a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis, buscando atuar, dentro de suas competências, para facilitar processos que levem à redução da iniciação no consumo, do aumento deste em frequência e intensidade, e das conseqüências do uso em padrões de maior acometimento global. Para tanto, a lógica da redução de danos deve ser considerada como estratégica ao planejamento de propostas e ações preventivas.

O compartilhamento de responsabilidades, de forma orientada às práticas de efeito preventivo, também não deve abrir mão da participação dos indivíduos diretamente envolvidos com o uso de álcool e outras drogas, na medida em que devem ser implicados como responsáveis por suas próprias escolhas, e como agentes e receptores de influências ambientais (Marlatt, 1999). Também não deve dispensar a participação dos que não estão diretamente envolvidos, ao contrário: as intervenções de cunho preventivo devem ser aplicáveis para toda a população, considerando que a maior parcela da mesma ainda não foi atingida pelo problema em questão, e que um grande contingente de indivíduos se encontra em grupos de baixo/moderado risco para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas. Isto ratifica a consideração estratégica da redução de danos, uma vez que possibilita um planejamento mais flexível e abrangente de atividades preventivas, dentro de um contexto de saúde pública.

Devemos ainda considerar o enorme contingente de crianças e adolescentes no Brasil. Levando em conta que a sociedade deve assumir o compromisso ético de cuidar de suas crianças e adolescentes, isto deveria encontrar equivalência no aumento na atenção global voltada para esta faixa etária específica; não devemos esquecer que o descaso do presente poderá incorrer em um custo futuro pesado para toda a sociedade.

Cada indivíduo constitui campo de integração e inter-relação de vários fenômenos de manifestação biopsicossocial, sendo ainda o local de entrecruzamento para estas variáveis. A maneira como este indivíduo percebe conscientemente esta interseção pode ser definida como subjetividade, sendo esta o sítio de percepção e manifestação do que lhe é relativo, inclusive no tocante à sua própria saúde. Ao considerarmos que a promoção de saúde encontra seu espaço na busca constante de mais qualidade de vida para as pessoas, e que o mesmo deve acontecer em relação aos que são alvo das ações de prevenção, qualquer tentativa de reduzir ou eliminar uma possível influência de fatores sobre a vulnerabilidade e o risco para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e drogas deve considerar as práticas de vida diária destes indivíduos. Vale a pena ratificar que, se estas práticas podem influenciar positiva ou negativamente o seu bem-estar, podem ser qualificadas como fatores de proteção ou de risco para este uso indevido.

Os fatores de risco para o uso de álcool e outras drogas são características ou atributos de um indivíduo, grupo ou ambiente de convívio social, que contribuem para aumentar a probabilidade da ocorrência deste uso. Por sua vez, se tal consumo ocorre na comunidade, é no âmbito comunitário que terão lugar as práticas preventivas de maior impacto sobre a vulnerabilidade e o risco.

Fatores de risco e de proteção podem ser identificados em todos os domínios da vida: nos próprios indivíduos, em suas famílias, em seus pares, em suas escolas e nas comunidades, e em qualquer outro nível de convivência sócio-ambiental. É importante notar que tais fatores não se apresentam de forma estanque, havendo entre eles considerável transversalidade, e conseqüente variabilidade de influência. Ainda assim, podemos dizer que a vulnerabilidade é maior em indivíduos que estão insatisfeitos com a sua qualidade de vida, possuem saúde deficiente, não detêm informações minimamente adequadas sobre a questão de álcool e drogas, possuem fácil acesso às substâncias e integração comunitária deficiente.

Assim como podemos identificar os fatores de risco atuantes em cada um dos domínios citados, podemos fazer o mesmo para os fatores específicos de proteção. Vejamos:

No domínio individual, podemos identificar como principais fatores de risco baixa auto-estima, falta de auto-controle e assertividade, comportamento anti-social precoce, doenças pré-existentes (ex.: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade), e vulnerabilidade psicossocial. Como fatores de proteção, a apresentação de habilidades sociais, flexibilidade, habilidade em resolver problemas, facilidade de cooperar, autonomia, responsabilidade e comunicabilidade são os mais influentes, paralelamente à vinculação familiar-afetiva ou institucional.

Quanto à família, vemos que o uso de álcool e outras drogas pelos pais é um fator de risco importante, assim como a ocorrência de isolamento social entre os membros da família. Também é negativamente influente um padrão familiar disfuncional, bem como a falta do elemento paterno. São considerados fatores de proteção a existência de vinculação familiar, com o desenvolvimento de valores e o compartilhamento de tarefas no lar, bem como a troca de informações entre os membros da família sobre as suas rotinas e práticas diárias; o cultivo de valores familiares, regras e rotinas domésticas também deve ser considerado, e viabilizado por meio da intensificação do contato entre os componentes de cada núcleo familiar.

No domínio das relações interpessoais, os principais fatores de risco são pares que usam drogas, ou ainda que aprovam e/ou valorizam o seu uso; a rejeição sistemática de regras, práticas ou atividades organizadas também é aqui considerada como um sinalizador. Ao contrário, pares que não usam álcool/drogas, e não aprovam ou valorizam o seu uso exercem influência positiva, o mesmo ocorrendo com aqueles envolvidos com atividades de qualquer ordem (recreativa, escolar, profissional, religiosa ou outras), que não envolvam o uso indevido de álcool e outras drogas.

Nos ambientes de formação e aprendizado, ocorre o entrecruzamento de fatores de risco presentes em todos os outros domínios; em verdade, a escola é o ambiente em que boa parte (ou a maioria) destes fatores pode ser percebida. De qualquer forma, os maiores fatores de risco apresentados são a falta de habilidade de convivência com grupos e a disponibilidade de álcool e drogas na escola e nas redondezas; além disso, uma escola que apresente regras e papéis inconsistentes ou ambíguos com relação ao uso de drogas ou à conduta dos estudantes também vem por constituir importante fator de risco relativo ao uso de álcool e drogas. Apresenta fatores de proteção o ambiente de ensino que evidencia regras claras e consistentes sobre a conduta considerada adequada – desde que isto faça parte de um processo educativo e evolutivo docente-assistencial que considere cada vez mais a participação dos estudantes em decisões sobre questões escolares, com a inerente e progressiva aquisição de responsabilidades.

O planejamento de ações preventivas relativas ao uso de álcool e drogas deve obrigatoriamente considerar a mudança de relação na proporção de ocorrência entre buscar minimizar a influência de fatores de risco sobre a vulnerabilidade dos indivíduos para tal uso; sinergicamente, também deve considerar o reforço dos fatores de proteção. Neste ponto, é fundamental perceber a importância da educação em saúde como estratégia fundamental para a prevenção.

O Relatório Mundial da Saúde – Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança (OMS, 2001) traz dez recomendações básicas para ações na área de saúde mental/álcool e drogas. São elas:

1. Promover assistência em nível de cuidados primários;
2. Disponibilizar medicamentos de uso essencial em saúde mental;
3. Promover cuidados comunitários;
4. Educar a população;
5. Envolver comunidades, famílias e usuários;

6. Estabelecer políticas, programas e legislação específica;
7. Desenvolver recursos humanos;
8. Atuar de forma integrada com outros setores;
9. Monitorizar a saúde mental da comunidade;
10. Apoiar mais pesquisas.

A grande relação entre a educação e as práticas preventivas e assistenciais fica explícita nestas recomendações, seja de forma direta, seja por intermédio de seus possíveis resultados e desdobramentos. Vale a pena lembrar que a separação entre prevenção e assistência não apresenta consistência teórica e/ou prática, no campo da saúde pública. Uma concepção integral e equânime de saúde não pretere prevenção em função de assistência, ou vice-versa. Assim sendo, práticas preventivas voltadas para a educação em álcool e drogas devem ser planejadas levando em conta a especificidade inerente a cada parcela populacional, sempre de forma articulada a outras ações voltadas para a prevenção e a promoção de atenção integral à saúde.

Repassar informações sobre efeitos e conseqüências do uso de álcool e drogas é útil, porém de validade questionável, quando feito de forma isolada e desconectada de um programa de prevenção desenhado de forma a respeitar as características de sua população-alvo.

Os fatos acima ratificam a necessidade imperiosa de capacitação e formação, de forma orientada aos profissionais de saúde, em uma perspectiva multiprofissional. Devem ser planejadas ações de capacitação voltadas para os trabalhadores de saúde componentes de equipes atuantes em unidades especializadas tipo CAPS ad, uma vez que, estrategicamente, tais unidades também possuem a atribuição de multiplicar conhecimentos para equipes atuantes na atenção básica. Da mesma forma, ao pensarmos em estruturação de redes assistenciais locais, devemos contemplar também (e, preferencialmente, de forma simultânea) outras unidades componentes, como unidades básicas de saúde e hospitais que mantenham leitos para internações de curta duração, assim como profissionais atuantes no Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, bem como para aqueles que trabalham de forma similar, porém voltada para a saúde indígena. De acordo com o planejamento estratégico dos gestores para a reconfiguração de suas redes locais de cuidados, contemplar profissionais atuantes em estruturas hospitalares que obedecem ao modelo hospitalocêntrico pode ser útil, no sentido de facilitar a mudança cultural e paradigmática necessária ao processo de reversão modelar assistencial.

A capacitação destes diversos profissionais deve considerar a sua formação e atuação, contemplando as intervenções possíveis em cada nível assistencial. Sempre devemos considerar o potencial informativo que detêm junto aos usuários dos serviços de saúde e suas famílias, o mesmo ocorrendo em relação às suas comunidades, de forma geral. Dentro desta perspectiva de atuação estratégica, o Ministério da Saúde implantou em 2002 o Programa de Formação e Capacitação de Recursos Humanos Voltados para a Atenção aos Usuários de Álcool e Drogas na rede SUS, com a realização de cursos nos formatos de especialização, atualização e informação técnica, pensados para ocorrer de forma norteada pela implantação e/ou implementação das redes assistenciais locais. Da mesma forma, foi implantado o Programa de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, o qual contempla profissionais que trabalham nas redes de atenção à saúde mental e saúde básica, com o mesmo formato para os cursos oferecidos. Estes abordam a questão de álcool e drogas dentro de uma perspectiva ampliada de saúde mental.

A criação de pólos de capacitação que possam oferecer sistematicamente tais cursos é fundamental, devendo ocorrer pela ação integrada de gestores estaduais e municipais de saúde, bem como de entidades formadoras, aumentando, em nível local, o poder de

articulação e mobilização dos diversos programas de saúde, facilitando a participação de demais instituições cuja atividade possua transversalidade com a questão de álcool e drogas.

Ainda no âmbito educacional, deve ser desenvolvido trabalho intersetorial voltado para revisão e reformulação dos parâmetros curriculares vigentes, garantindo a inclusão consistente de álcool e drogas e DST-AIDS nas grades curriculares escolares. Da mesma forma, devem ser operadas mudanças relativas à formação de profissionais das diversas áreas de saúde, com a inclusão de disciplinas especificamente voltadas para esta área, ou com a remodelação das já existentes, garantindo carga horária teórico-prática suficiente.

A sustentação técnica, política e financeira destas atividades é fundamental e indispensável à sua implantação e/ou implementação.

As ações preventivas devem facilitar a promoção da atenção global aos indivíduos, melhorando o seu acesso a dispositivos de cuidados e à rede de suporte social existente em seu território; devem também facilitar a sua inserção e integração comunitárias, encontrando o seu campo legítimo de atuação na comunidade. Devem, enfim, ajudar a proporcionar ganhos de qualidade de vida para as pessoas, com a facilitação de condições básicas à reconstrução não somente de vivências em que a participação do álcool e das drogas seja nenhuma, mínima ou menos danosa, mas de projetos de vida individualizados que comportem opções mais produtivas e alternativas ao uso de álcool e outras drogas enquanto fonte de prazer, e que detenham uma perspectiva evolutiva real para o futuro destas pessoas.

4.2.2 Promoção e Proteção à Saúde de Consumidores de Álcool e outras Drogas

A atenção integral compreende o desenvolvimento contínuo de fatores de proteção individuais e coletivos na trajetória de vida das pessoas, prevendo a maximização da saúde nos três níveis de atenção.

Em outras palavras, aponta-se a necessidade de potencializar a prevenção institucional, contrária à culpabilização dos sujeitos, oferecendo de fato subsídios para o enfrentamento da vulnerabilidade das pessoas em geral e especialmente de populações mais vulneráveis, e, por conseqüência, com maior probabilidade de exclusão, tais como os usuários de álcool e outras drogas. É necessário se ater a uma posição e a uma visão da saúde que a conceba de forma integral, eqüânime e justa. Há necessidade, desta forma, de mudança no paradigma de "doentes" para novos cidadãos merecedores de direitos e exercício pleno da cidadania.

Contudo, ressalta-se que a capacidade de resposta para as ações de prevenção e de promoção à saúde, quando analisadas regionalmente, aponta para a necessidade de investimento diferenciado para a promoção desta resposta, tanto pelos níveis governamentais, quanto pela sociedade civil. É necessária a mobilização e o debate com a sociedade e o setor legislativo em várias esferas, para a otimização e a construção de arcabouços legais que amparem as ações necessárias.

"Descriminalizar uma conduta longe está de, necessariamente, significar uma ausência de qualquer controle sobre esta conduta. Significa apenas afastar uma das formas pelas quais se exerce o controle social de condutas sem invadir o âmbito da liberdade individual, mostrando-se igualmente mais racionais, eficazes e menos danosas. Tomemos como exemplo a restrição ao uso de cigarros e outros produtos derivados do tabaco em recintos coletivos, com o que se evitam efeitos eventualmente danosos ou indesejáveis para terceiros, respeitando-se, ao mesmo tempo, a opção individual, com a reserva da área, devidamente isolada e com arejamento conveniente, destinada exclusivamente ao fim de uso daquelas substâncias psicoativas. É nesta mesma linha que podem e devem ser tratados a produção, a distribuição e o consumo de quaisquer outras substâncias psicoativas, abrindo-se maior espaço para o desenvolvimento de políticas que, como a que informa os programas e ações voltados para a redução de danos eventualmente causáveis

por um consumo excessivo, descuidado ou descontrolado, daquelas substâncias, verdadeiramente se destinam a preservar e proteger a saúde pública" (Karan, 2003). Também é necessário assegurar a articulação com outros setores, bem como a garantia das conquistas já realizadas. Como exemplo, citamos o cumprimento dos parâmetros curriculares que incluem temas de sexualidade e uso de drogas e DST/Aids.

A promoção da saúde, portanto, impõe-se pela complexidade dos problemas que caracterizam a realidade sanitária, em que predominam as doenças crônicas não-transmissíveis ao lado de doenças sociais contemporâneas, como a violência e as novas endemias. Configura-se também pela potencialidade de estratégias que superem a cultura da medicalização predominante no imaginário da sociedade.

Desde 1994, o Ministério da Saúde assume a redução de danos como importante estratégia de saúde pública para a prevenção das DST/AIDS e hepatites entre usuários de drogas injetáveis por meio de uma cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas e Crime – UNODC, constituindo-se o primeiro projeto de redução de danos apoiado por este organismo internacional. Atualmente, o Ministério da Saúde fornece suporte a 160 projetos de redução de danos, oferecendo acesso a 84.000 UDIs, representando uma cobertura de 10% para esta população específica. Existem no País cerca de 11 leis estaduais e municipais de redução de danos, 02 associações nacionais de redutores de danos e 16 associações estaduais/municipais de redução de danos.

As ações de redução de danos, mesmo dando prioridade à prevenção e ao diagnóstico do HIV por meio de intervenções de troca e distribuição de agulhas e seringas, deram visibilidade aos usuários de drogas injetáveis no SUS, promoveram a organização de profissionais e usuários, trouxeram contribuições significativas para a revisão das leis em vigor e proporcionaram o compartilhamento de saberes técnicos e saberes populares, criando condições para a construção de estratégias que se mostraram eficazes na abordagem dos problemas de saúde dos consumidores de drogas. Hoje se configura, diante do atual cenário, a necessidade de sua expansão de forma a contemplar os estilos de vida dos diferentes usuários de álcool e outras drogas, lidando com situações complexas configurando-se num campo de ações transversais e multisetoriais, que misture enfoques e abordagens variadas, ou seja, resgatar sua dimensão de promoção à saúde.

Grandes esforços têm sido feitos para a incorporação das ações de redução de danos no âmbito de outras ações de saúde, tal qual nos Programas de Agentes Comunitários e de Saúde da Família (PACS/PSF), pois tais programas contam com o apoio direto dos municípios que os implementam por meio de recursos próprios, tendo a saúde preventiva como método de ação. Pode-se medir a efetividade das ações de RD por meio do seu impacto econômico. A prevenção dirigida a UDI por meio de um projeto de redução de danos custa em torno de U\$ 29,00/ano, ao passo que o tratamento de uma pessoa com AIDS pelo SUS custa em torno de U\$ 4.000,00/ano.

Estudos realizados pelo Ministério da Saúde e pela Universidade Federal de Minas Gerais nos anos de 1999 e 2001 demonstram que as ações de redução de danos dirigidas a UDI promovem a mudança de comportamentos de injeção compartilhada e o uso do preservativo, diminuindo suas vulnerabilidades à infecção ao HIV:

INDICADORES	1999 ¹	2001 ²
Soroprevalência HIV	52%	36,5%
Soroprevalência HCV	60%	56,4%
Uso do preservativo	42,1%	62,9%
Fez teste anti-HIV	52%	66,4%
Compartilhamento de agulhas/seringas	70%	40,6%

1- Estudo realizado pela UFMG/MS em 1999, entre 287 UDIs, em 05 cidades.

2- Estudo realizado pela UFMG/MS em 2001, entre 859 UDIs, em 07 cidades.

Outro importante resultado a ser destacado mostra que um UDI vinculado a alguma ação de saúde, no caso um projeto de redução de danos, em que a abordagem prioriza suas necessidades e faz a ligação com o sistema de saúde, tem melhores indicadores comportamentais do que um UDI sem este tipo de relação:

INDICADORES	UDI Clientes N = 599 (%)	UDI Não-clientes N = 252 (%)
Soroprevalência positiva para o HIV	39,3	29,9
Seringas agulhas obtidas no PRD	86,3	26,1
Compartilhamento de agulhas/seringas nos últimos 6 meses	40,6	50,5
Descarte inadequado no último mês	75,2	100
Tratamento de saúde nos últimos 6 meses	82,6	74,2
Teste HIV na vida	66,4	55,8
Uso do preservativo nos últimos 6 meses	42,3	31,1

Estudo realizado pela UFMG/MS em 2001, entre 859 UDIs, em 07 cidades.

A estratégia de redução de danos desenvolvida entre UDI mostra-se eficaz e, portanto, em condições de ser ampliada junto a usuários de outras drogas, tais como álcool, crack, tabaco, tanto no tocante à disponibilização de insumos para uso seguro, quanto no fortalecimento do protagonismo destes consumidores para a realização de ações entre pares e sua participação na formulação de políticas públicas, estratégias de comunicação e elaboração de materiais educativos.

4.2.3 Modelos de Atenção – CAPS e Redes Assistenciais

A implantação dos serviços de atenção diária, nas diversas modalidades (CAPS I, II, III, infante-juvenil e álcool/drogas) tem mudado visivelmente o quadro de desassistência que caracterizava a saúde mental pública no Brasil. Ao final de 2002, a rede de atenção em Saúde Mental contava com 382 serviços implantados e em funcionamento, que atendem aproximadamente 120.000 pacientes necessitados de cuidado regular e contínuo. Além destes, 42 CAPS ad, modalidade totalmente nova de atenção a uma clientela grave e desassistida, foram implantados de abril a dezembro de 2002, em 14 estados brasileiros.

A expansão da rede em questão obedece aos desígnios da Reforma Psiquiátrica, sempre buscando viabilizar a substituição do modelo assistencial vigente em saúde mental – ainda predominantemente hospitalocêntrico – por redes de atenção especializadas e compostas por dispositivos extra-hospitalares.

A via de mão dupla da Reforma: declínio dos leitos psiquiátricos e ampliação dos serviços de atenção diária, 1996-2004

Leitos Psiquiátricos/ CAPS	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004*
Leitos em Hospitais Psiquiátricos	72.514	71.041	70.323	66.393	60.868	56.755	55.755	52.765	48.344
CAPS	154	176	231	237	253	295	424	502	520**

Fonte: DATASUS – Área Técnica de Saúde Mental/ASTEC/SAS, 2001 e 2003 • Gestores Municipais e Estaduais de Saúde Mental

* Até maio de 2004

** Incluídos os 63 CAPS ad

Distribuição dos 534 CAPS em funcionamento – Brasil 2004*

ESTADOS	CAPS I, CAPS II, CAPS III e CAPS i	CAPS ad
ACRE	0	1
ALAGOAS	7	0
AMAPÁ	0	1
AMAZONAS	0	0
BAHIA	29	3
CEARÁ	24	2
DISTRITO FEDERAL	2	0
ESPIRITO SANTO	6	1
GOIÁS	9	2
MARANHÃO	6	0
MATO GROSSO	9	3
MATO GROSSO DO SUL	4	0
MINAS GERAIS	67	2
PARÁ	15	2
PARAÍBA	6	2
PARANÁ	13	3
PERNAMBUCO	16	2
PIAUÍ	1	1
RIO GRANDE DO NORTE	5	2
RIO GRANDE DO SUL	61	5
RIO DE JANEIRO	52	2
RONDÔNIA	3	0
RORAIMA	0	1
SANTA CATARINA	28	2
SÃO PAULO	96	24
SERGIPE	7	2
TOCANTINS	5	0
TOTAL GERAL	471	63

*Até junho de 2004

Analisando os dados contidos abaixo, verificamos que o maior percentual de gastos é decorrente do uso indevido de álcool (83%); corroborando consenso mundial de que as intervenções voltadas para minimizar os custos do gasto indevido de substâncias psicoativas devem dedicar atenção especial às drogas de uso lícito, especialmente o álcool.

Morbidades – CID-10	2002	2003	2004*	Valor Total	% Gastos
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	62.582.338,86	60.336.408,98	19.727.259,62	142.646.007,46	83%
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas	11.865.485,78	12.689.961,70	4.543.509,13	29.098.956,61	17%
Total de gastos anuais	74.447.824,64	73.026.370,68	24.270.768,75	171.744.964,07	100%

Fonte: DATASUS, 2004

*Até abril de 2004

A expansão da rede especializada de cuidados em saúde mental/álcool e drogas segue alguns critérios objetivos:

1. População do município ou micro-região a ser atendida;
2. Ausência de recursos assistenciais, configurando baixo acesso ao atendimento;

3. Maior risco/vulnerabilidade, em função de indicadores epidemiológicos e sociais;

4. Existência de hospital psiquiátrico, e conseqüente programa de desinstitucionalização, com residências terapêuticas e outros dispositivos para a reintegração social de pacientes de longa permanência hospitalar.

O estabelecimento de uma forma estratégica de financiar os serviços é crucial para sua expansão, consolidação e fortalecimento. Estamos tratando de tecnologia nova de atenção, em uma área de problemas que, em geral, não suscita aos gestores e à própria população uma angústia pela ampliação da cobertura, de modo proporcional à gravidade do quadro epidemiológico. De fato, os problemas mentais – embora apareçam no imaginário social e sanitário como sempre graves, dramáticos e visíveis – são em sua maioria silenciosos, mortificantes e invisíveis aos olhos. O dispositivo do CAPS, fazendo um uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, realiza uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, representando uma eficiente ação de prevenção secundária dos transtornos mentais severos e persistentes.

Um CAPS ad tem como objetivo oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando:

1. Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos;

2. Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;

3. Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;

4. Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados;

5. Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;

6. Promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas;

7. Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;

8. Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo.

A lógica da redução de danos contempla um conjunto de medidas de saúde que buscam minimizar as conseqüências do uso e da dependência de substâncias psicoativas, bem como diminuir o risco de infecção por hepatites e HIV. O uso destas medidas permite que sejam elaborados projetos terapêuticos mais flexíveis e de menor exigência, conseqüentemente adequados às necessidades de cada usuário dos serviços.

Os CAPS ad também podem ter a responsabilidade de organizar a rede local de serviços de atenção a usuários de álcool e drogas de seu território de atuação, a saber:

1. Quando são a porta de entrada da rede de atenção a usuários de álcool e drogas, em sua área de atuação;

2. Quando o gestor local indica a unidade para coordenar as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas;

3. Devem ainda supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental, no âmbito de seu território;

4. Devem também manter listagem atualizada dos pacientes que, em sua região de abrangência, utilizem medicamentos para a saúde mental.

Para definir as suas estratégias de atuação, um CAPS ad deve considerar obrigatoriamente que a atenção psicossocial a pacientes que apresentam uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas deve ocorrer em ambiente comunitário, de forma integrada à cultura local, e articulada com o restante das redes de cuidados em álcool e drogas e saúde mental; o mesmo deve ocorrer em relação a iniciativas relativas à rede de suporte social. Desta forma, poderá organizar em seu território de atuação os serviços e iniciativas que possam atender às múltiplas necessidades dos usuários de serviços, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos mesmos.

A vulnerabilidade para o uso indevido de álcool e drogas é maior em indivíduos que estão insatisfeitos com a sua qualidade de vida, possuem saúde deficiente, não detêm informações minimamente adequadas sobre a questão de álcool e drogas, possuem fácil acesso às substâncias e integração comunitária deficiente. Também vale a pena ressaltar que, se existem fatores de risco – características ou atributos de um indivíduo, grupo ou ambiente de convívio social, que contribuem para aumentar a ocorrência do uso indevido de álcool e drogas –, também existem fatores específicos de proteção para este mesmo uso. Fatores de risco e de proteção podem ser identificados em todos os domínios da vida: nos próprios indivíduos, em suas famílias, em seus pares, em suas escolas e nas comunidades, e em qualquer outro nível de convivência sócio-ambiental; estando interligados de forma consistente.

Desta forma, se as manifestações do uso indevido de álcool e drogas encontram seu lugar na comunidade, é neste ambiente que terão lugar as práticas terapêuticas, preventivas e educativas de maior impacto sobre os chamados fatores de risco para este uso indevido.

Os CAPS ad devem oferecer atendimento diário, sendo capazes de oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nestes serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, discussão comunitária de serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos.

Os CAPS ad atuam de forma articulada a outros dispositivos assistenciais em saúde mental (ambulatorios, leitos em hospital-geral, hospitais-dia) e da rede básica de saúde (unidades básicas de saúde etc.), bem como ao Programa de Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde; também se articulam em torno dos dispositivos de suporte social já existentes nas comunidades, configurando redes flexíveis de cuidados, que possam responder por um determinado território populacional, e que se remodelam de forma dinâmica, mediante a necessidade de inclusão/exclusão de novos serviços e formas de cuidado, de forma pareada pela demanda assistencial.

Os CAPS ad oferecem atenção ambulatorial diária aos dependentes químicos, desenvolvendo uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares.

Também devem oferecer condições para o repouso dos usuários de serviços, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem deste tipo de cuidados, e que não demandem por atenção clínica hospitalar.

Em todo o mundo, a abordagem terapêutica dentro de uma lógica de redução de danos tem apresentado resultados positivos, e vem assumindo importância considerável no tratamento de usuários de drogas. Desta forma, os CAPS ad devem se utilizar dos recursos terapêuticos disponíveis para promover, o mais amplamente possível, a reabilitação psicossocial e a reinserção social de seus usuários.

A prevenção voltada para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas pode ser definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a diminuição da vulnerabilidade/redução dos fatores de risco específicos, e fortalecimento dos fatores de proteção. Implica necessariamente a inserção comunitária das práticas propostas, com a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis.

A lógica que sustenta tal planejamento deve ser a da redução de danos, em uma ampla perspectiva de práticas voltadas para minimizar as conseqüências globais de uso de álcool e drogas. O planejamento de programas assistenciais de menor exigência contempla uma parcela maior da população, dentro de uma perspectiva de saúde pública, o que encontra o devido respaldo em propostas mais flexíveis, que não tenham a abstinência total como a única meta viável e possível aos usuários dos serviços CAPS ad, e outros não-especializados.

Por sua característica de serviço aberto e comunitário, o CAPS ad pode oferecer programas terapêuticos de menor nível de exigência, portanto disponíveis a mais pessoas da comunidade. As modalidades de cuidados para álcool e drogas nas unidades CAPS ad devem obedecer a uma lógica de redução de danos, seja esta relativa a práticas voltadas para DST/HIV/AIDS, seja em relação ao próprio uso indevido de álcool e drogas (ex.: intervenções breves para adolescentes que fazem uso de álcool em um padrão abusivo).

Devemos ressaltar o enorme potencial benéfico desta lógica, em termos de saúde pública; ao considerarmos somente o fato de que a faixa etária mais acometida pelo HIV gravita em torno de 25-35 anos de idade, e considerando também que o vírus pode permanecer de forma silenciosa no organismo por até 10 anos, vemos aqui uma irrefutável justificativa para a ampla utilização de práticas preventivas – e os CAPS contemplam a atuação comunitária, nos planos preventivo terapêutico/educativo.

Conforme mencionado anteriormente, o planejamento de ações voltadas para minimizar os efeitos adversos do uso de álcool e drogas deve identificar fatores de risco e proteção; desta forma, deve contemplar práticas que favoreçam a minimização dos fatores de risco para o consumo destas substâncias, de forma paralela ao reforço de fatores de proteção.

4.2.4 Controle de Entorpecentes e Substâncias que Produzem Dependência Física ou Psíquica, e de Precursores – Padronização de Serviços de Atenção à Dependência de Álcool e outras Drogas

Os distúrbios e as seqüelas ocasionadas pelo abuso de álcool e pelo uso de outras drogas têm se destacado como importante problema de saúde pública no Brasil e no Mundo.

As questões relacionadas às drogas, pela sua complexidade, reclamam ações coordenadas em vários campos, exigindo a atuação conjunta das políticas governamentais de saúde, justiça, educação, direitos humanos, trabalho, comunicação e cidadania nesta área.

No campo da saúde pública, além das atividades de prevenção e de assistência às pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias entorpecentes e psicotrópicos, se faz necessário o controle das drogas lícitas utilizadas em medicina, compreendendo a sua fabricação, distribuição, prescrição e venda, bem como o estabelecimento de padrões para o funcionamento de serviços voltados à prevenção e recuperação.

As ações de controle e fiscalização do uso lícito de substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial no Brasil, incluídos os entorpecentes e psicotrópicos, são executadas pelo Ministério da Saúde sob o amparo no art. 6º da Lei nº 6368/76 que reza:

Art. 6º - Compete privativamente ao Ministério da Saúde, através de seus órgãos especializados, baixar instruções de caráter geral ou especial sobre proibição, limitação, fiscalização e controle da produção, do comércio e do uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e de especialidades farmacêuticas que as contenham.

Esta competência, por força da Lei nº 9782/99, cabe à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, órgão federal de regulação no SUS, instituído para ser conseqüente com a missão do poder público a ele atribuído "de proteger e promover a saúde do conjunto da população brasileira, garantindo a segurança sanitária de produtos e de serviços", conforme está explicitado na Lei nº 8080/90.

Em 2002, a Lei nº 10.409 amplia a atribuição do Ministério da Saúde para controle dos precursores, ficando a ANVISA com a responsabilidade institucional do controle da grande maioria dos precursores definidos na Convenção das Nações Unidas Contra o Tráfico de Entorpecentes e Psicotrópicos, de acordo com a Portaria SVS/MS nº 344/98 (lista D1).

De outro lado, o vazio de possibilidades para a reabilitação das pessoas com dependência ao álcool ou a outras drogas possibilitou a instalação no Brasil de serviços autodenominados de "Comunidades Terapêuticas". Estes serviços multiplicaram-se sem qualquer regulamentação, evidenciando-se um funcionamento precário para muitos deles, tendo sido determinado pelo Conselho Nacional Antidrogas – CONAD o estabelecimento de um padrão básico para funcionamento dos mesmos, assegurando direitos e um mínimo de qualidade aos usuários.

Desta forma, a ANVISA, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada de nº 101/2001, publicada em 31 de maio de 2001, estabeleceu o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Serviços de Atenção a Pessoas com Problemas Decorrentes do Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas, segundo modelo psicossocial, também denominados de "Comunidades Terapêuticas". A construção desta proposta de regulamento foi elaborada por Grupo de Trabalho coordenado pela ANVISA, integrado por representantes da Coordenação de DST/AIDS e da Assessoria de Saúde Mental da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (MS, 1999), com contribuições de órgãos e entidades envolvidas na assistência às pessoas com problemas de dependência de álcool e outras drogas.

Com estas atribuições, a ANVISA inclui-se entre os atores que abraçam o desafio do enfrentamento das questões referentes a álcool e drogas, um dos grandes desafios da sociedade contemporânea com seus determinantes psíquicos, sociais e econômicos.

4.3 Diretrizes para uma Política Nacional, Integral e Intersetorial de Redução dos Danos à Saúde e ao Bem-estar Causados pelas Bebidas Alcoólicas

O Presidente da República, por meio de Decreto datado de 28 de maio de 2003, constituiu Grupo de Trabalho Interministerial, coordenado pelo Exmo. Sr. Ministro da Saúde, Dr. Humberto Costa. O grupo em questão tem por objetivo a revisão, a proposição e a discussão da política do Governo Federal para a atenção a usuários de álcool, bem como a harmonização e o aperfeiçoamento da legislação que envolva o consumo e a propaganda de bebidas alcoólicas, em território nacional.

I – Introdução

1. O consumo de bebidas alcoólicas, bem como de outros tipos de drogas, sejam elas

lícitas ou ilícitas, faz parte da cultura humana desde as épocas mais remotas. Do ponto de vista da saúde pública, o que importa é desenvolver ações intersetoriais que sejam eficazes no sentido de reduzir os danos à saúde causados pelo consumo prejudicial do álcool e outras drogas, incluídos os psicofármacos.

2. Dentre todas as drogas lícitas e ilícitas, o consumo prejudicial de bebidas alcoólicas é aquele que mais danos produz à saúde e ao bem-estar, sendo o mais grave do ponto de vista da saúde pública.

3. Entende-se como uso prejudicial de bebidas alcoólicas o consumo que pode acarretar danos à saúde e ao bem-estar da pessoa e dos ambientes sociais. O uso prejudicial guarda relação diretamente proporcional com os padrões de consumo (quantidade, tipo, qualidade, forma e hábito de uso). Deve ser ressaltado que problemas associados ao uso de álcool podem ocorrer também com o uso eventual ou fortuito.

4. Os danos à saúde e ao bem-estar causados pelo consumo prejudicial de bebidas alcoólicas incluem: a) agravos à saúde física; b) agravos à saúde mental; c) problemas no relacionamento familiar, interpessoal e social; d) problemas relacionados ao trabalho (desempenho, absenteísmo, acidentes, relações interpessoais); e) acidentes de trânsito; f) acidentes domésticos e outros acidentes; g) situações de violência doméstica e outras, em que o álcool pode atuar como desencadeante ou facilitador; h) situações de conflito com a lei.

5. Uma política integral e intersetorial de redução dos danos causados pelo álcool deve contemplar a atenção integral à saúde e à vida, buscando atenuar, minimizar e/ou eliminar todos os danos mencionados;

6. Esta política deve envolver governo e sociedade, em todos os seus segmentos: área cultural e educacional, área sanitária, meios de comunicação, setor produtivo, comércio & serviços, organizações não-governamentais etc.

7. Deve ainda utilizar a lógica ampliada de redução de danos como referencial para as ações políticas, educativas, terapêuticas e preventivas, em todos os níveis.

II – Pressupostos éticos da política

8. Todos os consumidores têm direito a informações sobre os efeitos do uso prejudicial de álcool, sobre a possibilidade de modificação dos padrões de consumo, e a orientações voltadas para o uso responsável, no sentido da responsabilização e autonomia da pessoa.

9. É obrigação do governo e da sociedade proteger os segmentos mais vulneráveis do consumo prejudicial e do desenvolvimento de hábito e dependência, como as crianças e adolescentes.

10. Da mesma forma, é obrigação do governo e da sociedade adotar medidas, discutidas democraticamente, que atenuem e previnam os danos do álcool em situações específicas, como transportes, ambientes de trabalho, eventos de massa, e em contextos de maior vulnerabilidade.

III – Conceito de bebida alcoólica

11. Para os efeitos dessa política, é considerada bebida alcoólica toda bebida que contiver 0.5 grau Gay-Lussac ou mais de concentração, incluindo-se aí bebidas destiladas, fermentadas e outras preparações, como a mistura de refrigerantes e destilados, além de preparações farmacêuticas que contenham teor alcoólico significativo.

IV – Alertas sobre os malefícios do álcool

12. O consumidor deve ser alertado sobre os danos potenciais associados ao consumo de bebidas alcoólicas, bem como sobre os danos diretos à saúde.

13. Recursos educacionais e de comunicação social devem ser utilizados em benefício da melhor informação e conhecimento sobre os danos associados, e ainda sobre os limites do uso que não é prejudicial à saúde.

V – Da política de atenção à saúde para usuários de álcool

14. Deve ser implementada uma política integral, intersetorial e inclusiva de atenção aos usuários e dependentes de bebidas alcoólicas, com ações na rede básica de saúde, e atendimento na rede hospitalar não-psiquiátrica, quando necessário, além de programas de suporte e reintegração social.

VI – Do controle da propaganda

15. A propaganda de bebidas alcoólicas deve ser controlada, de modo a proteger segmentos vulneráveis, como crianças e adolescentes, e proteger o consumidor de associações indevidas entre o efeito decorrente do consumo de bebidas e estereótipos de sucesso e inserção social que não correspondam à realidade destes usuários;

16. A restrição e o controle devem levar em conta o meio de veiculação da propaganda, sendo diferenciadas para os diversos meios, como rádio, TV, imprensa escrita, cartazes, folhetos, mídia eletrônica etc.

17. O patrocínio de eventos esportivos como meio de propaganda também deve ser objeto de restrição e controle, tendo em vista a proteção de crianças e adolescentes, e da sociedade em geral. A associação entre álcool e eventos esportivos deve ser vista como um problema a ser equacionado.

VII – Do controle da venda, distribuição e locais de consumo

18. A venda e consumo devem ser restritos, especialmente em lugares de grande concentração de pessoas, veículos de transporte coletivo, proximidade de estradas, postos de gasolina, escolas, hospitais etc.

19. Devem ser induzidas posturas municipais e outras medidas que restrinjam espacial e temporalmente os pontos de venda e consumo de bebidas alcoólicas.

20. Ações preventivas de restrição da venda e consumo devem ser realizadas em contextos de maior vulnerabilidade a situações de violência e danos sociais. A venda para menores de 18 anos deve ser objeto de fiscalização rigorosa.

VIII – Política fiscal

21. Devem ser discutidas as linhas gerais de uma política fiscal que desestimule o consumo de bebidas alcoólicas.

IX – Das iniciativas de promoção da saúde e prevenção primária

22. A prevenção é essencial para a saúde pública; devem ser estimuladas, em todo o País, práticas educativas, relativas ao uso de álcool e outras drogas, que estimulem a percepção, a reflexão e a articulação das pessoas frente à temática em questão, de forma pragmática e responsável.

23. Todos os ministérios do governo devem estar implicados intersetorialmente nas iniciativas de educação, promoção de saúde e de hábitos saudáveis, reforço da mudança de padrões de consumo, ênfase na responsabilização e autocuidado.

24. As escolas, sejam de natureza pública ou privada, devem ser local privilegiado para iniciativas de prevenção do consumo de bebidas alcoólicas.

X – Prevenção e tratamento nos ambientes de trabalho

25. Governo, sociedade, empregadores e empregados devem ser chamados a desenvolver e participar de políticas integrais de prevenção e tratamento dos danos à saúde e ao bem-estar causados pelo consumo de bebidas alcoólicas, respeitados os direitos individuais, a privacidade, e a cidadania dos trabalhadores.

26. Os ambientes de trabalho devem ser vistos como locais privilegiados para iniciativas de prevenção do uso prejudicial de bebidas alcoólicas.

5. Bibliografia

Benevides de Barros, R & Passos, E. *Clinica e Biopolítica na Experiência do Contemporâneo* Psicologia Clínica. Rio de Janeiro. PUC/RJ. CTCH, Departamento de Psicologia, v.13, no. 1, 2001, p. 91.

Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências* Brasília, 2001.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. *Legislação em Saúde Mental 1990-2002* 3. ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

Brasil, Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental* Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Conselho Nacional de Saúde/MS, 2002.

Brasil, Ministério da Saúde. *Relatório do Seminário sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas na Rede do SUS* Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. MS, Brasília, 2001.

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 – 1. ed. em português, ampl. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual do Programa "De volta para casa"* Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

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

Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação da Área Técnica de Saúde Mental. *Proposta de Normalização dos Serviços de Atenção Transtornos por Uso e Abuso de Substâncias Psicoativas*. Brasília, 1999.

Brasil, Ministério da Saúde, Ministério da Justiça. Reforma Psiquiátrica e Manicômios Judiciários. *Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico* Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Prefeitura Municipal de Salvador. *Plano Intersectorial e Modular de Ação para a Promoção da Paz e da Qualidade de Vida na Cidade de Salvador*2000.

Câmara dos Deputados. *Seminário Direito à Saúde Mental* regulamentação e aplicação da Lei nº 10.216. Brasília, Câmara dos Deputados, 2002

CARLINI, EA; GLADURÓZ, JC; NOTO, AR, NAPPO, AS. *I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil* São Paulo: CEBRID, Centro Brasileiro de Informações sobre as Drogas Psicotrópicas. UNIFESP, 325-328, 2002.

Crisp, A H., Gelder, M.G. *Stigmatization of People with Mental Illnesses*The British Journal of Psychiatry, 2000, 177: 4-7.

Delgado, P.G. *O SUS e a Lei nº 10.216* Reforma Psiquiátrica e Inclusão Social. Em "Saúde Mental e Qualidade de Vida". Loyola, C. e Macedo, P. Organizadores. Edições CUCA/UPUB, Rio de Janeiro, 2002.

Edwards, G. Marshall, EJ. Cook, C.C.H. *The Treatment of Drinking Problems: guide to helping professions*, third edition. Cambridge University Press, Cambridge, 1997.

Galduróz, J.C.; Noto, A. R.; Carlini, E. A. *IV Levantamento sobre o Uso de Drogas dentre Estudantes de 1º e 2º Graus em 10 Capitais Brasileiras - 1997* Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, Escola Paulista de Medicina, 1997.

Greve JMD, Leyton V. *Alterações Clínicas por Ingestão de Cerveja X Alcoolemia Direta* Simpósio Álcool e suas Repercussões Sociais, 1999.

Greve JMD e Cols. *Álcool em Vítimas de Causas Externas Atendidas no Pronto Socorro Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo* 1999.

IPEA/MS e Cols. *Impactos Sociais e Econômicos dos Acidentes de Trânsito nas Aglomerações Urbanas*em desenvolvimento.

Karam, M. L. *Drogas, Proibições e Danos* no prelo. 2003.

Marlatt, G. Alan. *Redução de Danos*estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1999.

Murray, C.J.L. Lopez, AD. *The Global Burden of Disease* a comprehensive assessment of mortality and disability, form diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, Massachusetts Harvard School of Public Health to World Health Organization and World Bank. Global Burden of Disease and Injury Series, Vol I, 1996.

Nery, AF e Cols. *Impacto do Uso de Álcool e outras Drogas em Vítimas de Acidentes de Trânsito* ABDETRAN, Brasília, 1997.

NIDA. Infofacts: Costs to Society. *The National Institute on Drug Abuse*. National Institute of Health, The US. Department of Health and Human Services. USA, 2002.

NIDA. *Principles of Drug Addiction Treatment* a research-based guide. Bethesda, Maryland, The National Institute on Drug Abuse. National Institute of Health, The US. Department of Health and Human Services. USA, 2001.

Noto, A. R. *O Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua de Seis Capitais Brasileiras no Ano de 1997* Tese de Doutorado. UNIFESP/EPM, São Paulo, 1998.

Organização Mundial da Saúde. *Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1996.

Organização Mundial da Saúde. *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 - Saúde Mental* Nova Conceção, Nova Esperança. OMS, Genebra, 2001.

PAIM, J.S. 1980. "As Ambigüidades da Noção de Necessidade em Saúde", in Planejamento. Salvador. 8 (1/2), pp. 39-46.

VAISSMAN, M. *Alcoolismo como Problema de Saúde no Trabalho* avaliação de um programa de tratamento para funcionários de uma universidade. Tese de doutorado. Rio de Janeiro, UFRJ/IPUB/PROPPSAM, 1998.

VENÂNCIO, A.; DELGADO, P.; LEAL, E. *O Campo da Atenção Psicossocial* Ed. Te Corá/Instituto Franco Basaglia, Rio de Janeiro, 1997.

BRASIL. *Drogas, AIDS e Sociedade* Ministério da Saúde, 1995.

BRASIL. *Manual de Redução de Danos* Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. *A Contribuição dos Estudos Multicêntricos frente a Epidemia de HIV/AIDS entre UDI no Brasil* 10 anos de pesquisa e redução de danos. Ministério da Saúde, 2001.

KAIAFFA, W. T. *Projeto Ajude Brasil* avaliação epidemiológica dos usuários de drogas injetáveis dos Projetos de Redução de Danos. Ministério da Saúde, 2001.

MESQUITA, F.; SEIBEL, Sérgio. *Consumo de Drogas: desafios e perspectivas*. Ed. Hucitec. SP, 2000.

6. Endereços para Contatos e Informações

6.1 Ministeriais

MINISTÉRIO DA SAÚDE

www.saude.gov.br

Informações gerais sobre o SUS, programas de saúde e *links* importantes.

DISQUE SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

0800 61 1997

Serviço telefônico gratuito para esclarecimentos à população em geral.

COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

www.aids.gov.br

Informações gerais sobre as doenças sexualmente transmissíveis, locais para a realização do teste anti-HIV, publicações e materiais educativos e instrucionais.

COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPE

Secretaria de Atenção à Saúde – SAS

Coordenador: Pedro Gabriel Godinho Delgado

Esplanada dos Ministérios, Ministério da Saúde, Bloco G, Sala 606 – Brasília/DF

Fones: (61) 315-2313/2684/3319/2655

Fax: (61) 315-2313

E-mail saudemental@saude.gov.br

6.2 Coordenações Estaduais de Saúde Mental

ACRE

Coordenadora: Sandra Ortiz Rodrigues
Rua Antônio da Rocha Viana, 1.296 – Rio Branco
Fones: (68) 223-4688/224-2587
E-mail smental.dabs@ac.gov.br

ALAGOAS

Coordenador: João Facchinetti
Avenida da Paz, 978 – Jaraguá – Maceió
CEP: 57022-050
Fone: (82) 315-1140
E-mail prosam@saude.al.gov.br

AMAPÁ

Coordenador: Rosano Barata dos Santos
Av. FAB, 69 – Centro – Macapá
Fone: (96) 212-6136
E-mail zano@uol.com.br

AMAZONAS

Coordenador: Rogelio Casado
Av. André Araújo, 701 – Aleixo – Manaus
Fones: (92) 663-4826/663-7313
E-mail saudemental@saude.am.gov.br

BAHIA

Coordenador: Paulo Gabrielli
Avenida Anita Garibaldi, 1.133, Sala 109/110
Ondina – Salvador
Fone: (71) 370-4278
E-mail saudemental@saude.ba.gov.br

CEARÁ

Coordenador: Nilson Moura Fé
Av. Santos Dumont, 1.740, Salas 2002/2004
Aldeota – Fortaleza
Fone: (85) 488-9931
E-mail nilsondemourafe@secrel.com.br

DISTRITO FEDERAL

Coordenador: Josimar Mata de Farias França
SMHS, Quadra 301, Ed. Pioneiras Sociais
8º Andar – Brasília
Fones: (61) 325-4902/563-8102
E-mail: josimarfranca@uol.com.br

ESPÍRITO SANTO

Coordenadora: Cláudia Gomes Rossoni
Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes, Beira Mar, 2.025
Bento Ferreira – Vitória
Fones: (27) 3137-2365/3137-2354
E-mail: smental@saude.es.gov.br

GOIÁS

Coordenadora: Mabel Del S. Carla Rodriguez
Av. Anhangüera, 5.195 – Setor Coimbra – Goiânia
Fones: (62) 233-3601/291-5022, Ramal 207
E-mail gdsas@saude.go.gov.br

MARANHÃO

Coordenador: Cláudio Moraes Rego
Rua Colares Moreira, Quadra 19, C-9, Calhau – São Luís
Fone: (98) 218-8880
E-mail claudiosmental@hotmail.com

MATO GROSSO

Coordenadora: Áurea Assis Lambert
Rua D, Quadra 12, Lt. 12, Bloco 5
Centro Político Administrativo – CPA – Cuiabá
Fones: (65) 613-5339/613-5340
E-mail cotec.sai@saude.mt.gov.br

MATO GROSSO DO SUL

Coordenadora: Dilma Castro Costa Alves
Núcleo de Saúde Mental – Parque dos Poderes
Campo Grande
Fones: (67) 326-8955/326-4713
E-mail dilmaca@zipmail.com.br

MINAS GERAIS

Coordenadora: Marta Elizabeth
Avenida Afonso Pena, 2.300, 9º Andar, Sala 905
Funcionários – Belo Horizonte
Fones: (31) 326-14986/326-15571
E-mail saudemental@saude.mg.gov.br

PARÁ

Coordenadora: Maria da Glória Ferreira
Rua Presidente Pernambuco, 894
Batista Campos – Belém
Fones: (91) 241-9355/223-9438
Fax: (91) 222-7548

PARAÍBA

Coordenadora: Ieda Pires de Sá
Rua Dom Pedro II, 1.826
Torre – João Pessoa
Fone: (83) 241-1718

PARANÁ

Coordenadora: Cleuse Maria Brandão Barleta
Rua Piquiri, 170 – Rebouças – Curitiba – Paraná
Fones: (41) 330-4526/330-4300
Fax: (41) 330-4591
E-mail cbarleta@pr.gov.br

PERNAMBUCO

Coordenador: Durval Bezerra de Lima Filho
Praça Oswaldo Cruz, s/nº – Bairro Boa Vista – Recife
Fones: (81) 341-26182/342-35696
E-mail diasam@gov.saude.br

PIAUI

Coordenador: Maria Helena Chaib Gomes Stegun
Avenida Pedro Freitas, s/nº, Bloco A
Centro Administrativo – Teresina
Fones: (86) 222-7861/221-6759
E-mail helenachaib@yahoo.com.br

RIO DE JANEIRO
Coordenadora: Cristina Loyola
Rua México, 128 – 4º Andar, Sala 405
Rio de Janeiro
Fone: (21) 224-07471
E-mail smental@saude.rj.gov.br

RIO GRANDE DO NORTE
Coordenadora: Cynara Maria Lopes Carlos Dantas
Av. Junqueira Aires, 488 – Cidade Alta – Natal
Fone: (84) 232-2461
E-mail cynaradantas@bol.com.br

RIO GRANDE DO SUL
Coordenadora: Vera Lucia Stringhini
Av. Borges de Medeiros, 1.501, 5º Andar, Sala 8
Porto Alegre
Fones: (51) 328-85909/328-85908
E-mail mental@saude.rs.gov.br

RONDÔNIA
Coordenadora: Regina Fátima Correa Lima
Rua Padre Ângelo Serri, s/nº, Esplanada das Secretarias
Pedrinhas – Porto Velho
Fone: (69) 216-5284

RORAIMA
Coordenadora: Maria da Conceição Teixeira da Silva
Rua Brigadeiro Eduardo Gomes, s/nº
Campo de Paricarama – Boa Vista
Fones: (95) 625-3342/625-3030

SANTA CATARINA
Coordenadora: Elisia Puel
IPQ – Rua Engilberto Koerish, s/nº – Santana
São José – Florianópolis
Fones: (48) 278-0101, ramal 110
E-mail saudemental@saude.sc.gov.br

SÃO PAULO
Coordenadora: Mirsa Elisabeth Dellosi
Rua dos Franceses, 498, ap. 81 – Bloco F
São Paulo
Fones: (11) 306-68167/306-68169
E-mail mdellosi@saude.sp.gov.br

SERGIPE
Coordenador: Manuel Messias de Jesus Cordeiro
Rua Mato Grosso, 880 – Aracaju
Fone: (79) 211-9565, Ramal 257
E-mail cordeiro@infonet.com.br

TOCANTINS
Coordenadora: Raquel de Sampaio Moraes de Araújo
Esplanada das Secretarias, s/nº – AANO S/N – Palmas
Fones: (63) 218-1787/218-1716
E-mail saudemental@saude.to.gov.br

6.3 CAPS ad Implantados e Cadastrados no Ministério da Saúde

Acre

Rua Luís Z. da Silva, 364 – Conj. Manoel Julião
CEP: 69912-000
Fone/Fax: (68) 227-5134
Resp.: Francisco Geisson
E-mails geison@ufac.br ou cer.ac@bol.com.br

Amapá

Centro Amapaense de Prevenção e Tratamento ao Abuso de Substâncias
Psicoativas – CAPTA
Rua Aurino Borges de Oliveira, 103 – São Lázaro – Macapá, AP
Fone: (96) 212.1148/Fax (96) 212-1123
Resp.: Márcia Gomes Godinho Valentim

Bahia

Centro de Estudos de Álcool e Drogas – CAPS ad
Praça João Gonçalves, s/nº – Centro
CEP: 45000-000
Fones: (77) 424-8545/424-8943
Vitória da Conquista – BA

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
Avenida Getúlio Vargas, 1.864
Bairro Ponto Central
CEP: 44045-010
Fone: (75) 625-3378
E-mail ssaude@pmfs.ba.gov.br
Feira de Santana – Bahia

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CETAD
Rua Araújo Pinho, 123
Bairro Canela
CEP: 40110-150
Fone: (71) 336-3322/Fax: (71) 336-4605
Salvador – Bahia

Ceará

CAPS ad II
Rua Cel. Mont'Alberne, 769
Fone: (88) 611-2002
CEP: 62011210
Sobral – Ceará

Centro Social Urbano de Iguatu
Rua 21 de Abril, s/nº - Prado
CEP: 63500-000
Fone: (88) 581-9336
E-mail ssmi@baydejbc.com.br
Iguatu – CE

Espírito Santo

Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos
Rua Álvaro Sarlo, s/nº – Ilha de Santa Maria
CEP: 29040-400
Fone: (27) 235-1871
Vitória – ES

Goiás
CAPS ad Girassol
Rua R5, Quadra 7, Lote 3
Bairro Setor Oeste
CEP: 74125-070
Goiânia – Goiás

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
Rua T50, Quadra 62, Lote 10
Bairro Setor Bueno
CEP: 74215-200
Goiânia – Goiás

Mato Grosso
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS ad
Quadra 04, Loteamento São Sebastião II
CEP: 78600-000
Fone: (66) 402-2042
Barra do Garças – MT

Centro de Atenção Psicossocial ao Dependente Químico – CIAPS
Rua Itaparica, s/nº
CEP: 78070-970
Fone: (65) 661-3588
Cuiabá – MT

Centro de Atenção Psicossocial para Usuários Dependentes de Álcool e Drogas – CAPS ad
Av. Tiradentes, 2507 – Centro
CEP: 78700-000
Fone: (66) 423-6400
Rondonópolis – MT

Minas Gerais
Centro de Atenção Psicossocial ao Dependente Químico – CAPS ad
Rua Vigário Silva, 561 – Centro
Fones: (34) 3322-3007/3312-7912
Uberaba – MG

Centro Mineiro de Toxicomania
Alameda Ezequiel Dias, 365 – Santa Efigênia
Fone: (31) 3273-5844
Belo Horizonte – MG

Pará
Centro de Atenção Psicossocial para Usuários Dependentes de Álcool e Drogas – CAPS ad
Rua Senador Manoel Barata, 869
Fone: (91) 241-6710
Belém – PA

Centro de Prevenção e Tratamento em Dependência Química – CENPREN
Conjunto Cidade Nova 8, WE 30-33, Estrada da Providência, Coqueiro
CEP: 67015-000
Fone: (91) 263-1309
E-mail cenpren@prodepa.pa.gov.br
Ananindeua – PA

Paraíba
CAPS Jovem Cidadão
Rua Leonardo Arcoverde, 250 – Jaguaribe
Fone: (83) 218-7379/218.5902
João Pessoa – PB

CAPS ad
Rua Floriano Peixoto, 43 – Bairro das Areias
CEP 58801-450
Fone: (83) 522-5038/Fax: (83) 522-2684
E-mail franciscaneves@uol.com.br
Sousa – PB

Paraná
CAPS ad
Rua das Camélias, 32
Fone: (42) 218-3172
Maringá – PR

Centro Vida
Rua. Cel. Hoche Pedro Pires, 475 – Vila Isabel
CEP: 80240-510
Fone: (41) 340-2181
E-mail centrovida@hotmail.com
Curitiba – PR

Núcleo de Atenção Psicossocial do Hospital Pinel Ltda.
Rua Irmã Flávia Borlet, 217 – Vila Hauer
CEP: 81630-170
Fone: (41) 278-5374
Curitiba – PR

Pernambuco
Centro Eulámpio Cordeiro de Recuperação Humana
Rua Rondônia, 100 – Bairro Cordeiro
Fone: (81) 3228-3200
Recife – PE

Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo – CPTRA
Av. Cons. Rosa e Silva, 2130 – Tamarineira
CEP: 52050-020
Fone: (81) 3441-9244
Recife – PE

Piauí
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Dr. Clidenor de Freitas Santos
Rua Osmar Félix, s/nº – Monte Castelo
CEP: 64016-250
Teresina – PI

Rio Grande do Norte
CAPS Leste AD
Rua Prof. Manoel Dantas, 424 – Petrópolis
CEP: 59012-270
Fone: (84) 232-8565/Fax: (84) 234-5956
Natal – RN

CAPS Norte AD
Av. Paulistana, 2109
CEP: 59108-120
Fone: (84) 232-8231/33/Fax: (84) 232-8180
Natal – RN

Rio Grande do Sul
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
Rua 7 de Setembro, s/nº – Centro
CEP: 98740-000
Fone: (55) 3334-1000, Ramal 216
E-mail catia24rp@bol.com.br
Augusto Pestana – Rio Grande do Sul

CAPS ad Renascer
Avenida Júlio de Castilhos, 4.683
Bairro Cinqüentenário
CEP: 95010-005
Fone: (54) 225-1167/Fax: (54) 218-6038
E-mail ebertele@caxias.rs.gov.br
Caxias do Sul – Rio Grande do Sul

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
Rua Carlos Gomes, 102 – Vila Rosa
CEP: 93315-040
Fone: (51) 527-2343/Fax: (51) 594-9938
Novo Hamburgo – Rio Grande do Sul

CAPS ad Santa Maria
Rua Euclides da Cunha, 1885 – Bairro Dores
Fone: (55) 221-7724/Fax: (55) 223-7540
Caxias do Sul – RS

CAPS ad Nova Palma
Av. Dom Érico Ferrari, 145 – Centro
CEP 97250-000
Nova Palma – RS

Rio de Janeiro
Centro de Atenção Psicossocial Dr. Ari Viana
Rua José do Patrocínio, 102 – Centro
CEP: 28010-385
Fone: (22) 2726-7749
Campos dos Goytacazes – RJ

Centro Regional Integrado de Adolescentes
Rua General Castrioto, 588 – Barreto
CEP: 24110-256
Fone/Fax: (21) 2628-9242
Niterói – RJ

Roraima
Centro de Recuperação e Promoção Humana
Rua Sócrates Peixoto, 138 – Jardim Floresta I
CEP: 69312-095
Fone: (95) 625-3342
Boa Vista – Roraima

Santa Catarina
Centro de Atenção Psicossocial II ad
Rua Eugênio Moreira, 400 – Anita Garibaldi
CEP: 89202-100
Fone/Fax: (47) 423.3367
E-mail jcpsico@zaz.com.br
Joinville – SC

Centro Psicossocial para Álcool e Drogas – CAPS ad II
Rua Jean Romain Bonnemasou, 720 – Centro
CEP: 89010-370
Fone: (47) 326.6906/Fax: (47) 326-7506
Blumenau – SC

São Paulo
Centro de Referência de Álcool e Drogas – CRAD
Av. Brigadeiro Manoel Rodrigues Jordão, 483 – Jd. Silveira
CEP: 06433-010
Fone: (11) 4194-0040
Barueri – SP

Centro de Atenção Psicossocial – CRIAD
Rua Tiradentes, 882 – Guanabara
CEP: 13100-000
Fone: (19) 3236-5593
Campinas – São Paulo

CAPS ad Jabaquara
Avenida Engenheiro Armando de Arruda Pereira, 331
Fone: (11) 275-9286
São Paulo – SP

Espaço Fernando Ramos da Silva
Av. Ulisses Guimarães, 598 – Pq. Diadema
CEP: 09990-080
Fone: (11) 4057-7993
Diadema – São Paulo

Centro de Atenção Psicossocial em Dependência Química
Rua Cavalheiro Petraglia, 80 – Vila Nova
CEP: 14053-027
Fone: (16) 3721-6502
Franca – São Paulo

CAPS ad II – Dr. Arnaldo Brandt
Rua Odilon de Moraes, 87 – Bom Clima
CEP: 07196-250
Fone: (11) 208-0325
Guarulhos – SP

Centro Especializado no Tratamento de Dependências ao Álcool e Drogas
Rua. Tenente Ary Aps, 304 – Vianelo
CEP: 13207-110
Fone: (11) 4522-4277/4522-6898
E-mail ceadjund@ig.com.br
Jundiaí – São Paulo

Centro de Atenção Psicossocial à Dependência Química de Santo André
Rua Henrique Porchat, 44 – Vila Bastos
Fone: (11) 4990-5294/4992-3668
CEP: 09041-170
Santo André – São Paulo

Núcleo de Atenção Psicossocial para Farmacodependentes
Rua Pará, 1280
CEP: 14060-440
Fone: (16) 622-2100
Ribeirão Preto – SP

Seção Núcleo de Atenção ao Dependente – SENAT
Rua Paraíba, 110 – Pompéia
CEP: 11065-470
Fone: (13) 3237-2681
Santos – SP

Centro de Atenção Psicossocial – CAPS ad II
Rua Sebastião Hummel, 785 – Bairro São Paulo
CEP: 12209-530
Fone: (12) 3912-1033
São José dos Campos – SP

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
Rua Jaguaré, s/nº – Jardim Clementina
Fone: (17) 224-0728
São José do Rio Preto – SP

Centro de Atenção Psicossocial ad CRATOD
Rua Prates, 165 – Bom Retiro
CEP: 01121-000
Fones: (11) 3326-7868/228-1109/227-3871
E-mail crcratod@ig.com.br
São Paulo – São Paulo

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS ad
Rua Monsenhor Claro, Q. 6, 82 – Centro
CEP: 17015-130
Fone: (14) 235-1288
Bauru – São Paulo

CAPS ad Adulto Santo Amaro
Rua São Benedito, 2.400 – Santo Amaro
Fone: (11) 5523-3566/5523-2864
São Paulo – SP

CAPS ad Vila Mariana
Avenida Ceci, 2101 – Vila Mariana
CEP: 04065-004
Fone/Fax: (11) 275-3432
São Paulo – SP

Unidade Comunitária de Álcool e Drogas – Jardim Nélia
Rua Domingos Martins Pacheco, 1910 – Itaim Paulista
Fones: (11) 6572-1948/6963-3802
São Paulo – SP

CAPS ad Adulto Centro
Rua Frederico Alvarenga, 529 – Parque D. Pedro II, 5º Andar
CEP: 01020-030
Fone: (11) 3241-0901
São Paulo – SP

Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Substâncias Psicoativas – CAPS ad II
Rua Marechal Deodoro, 96 – Centro
CEP: 17501-110
Fone: (14) 421-1744
Marília – SP

Espaço Aberto – Centro de Prevenção e Atendimento de Dependência Química
Rua Purus, 79 – Jardim São José
Fone: (12) 3961-3343
Jacareí – SP

Associação Pró-Saúde Mental – PROSAM
Rua Heitor Penteado, 1448 – Sumaré
CEP: 15438-100
Fone: (11) 3862-1385
São Paulo – SP

CAPS ad II Pirituba Casa Azul
Rua Lino Pinto dos Santos, 203 – Jardim Felicidade
Fone/Fax: (11) 3835-2903
E-mail: carmenaparecidacosta@ig.com.br
São Paulo – SP

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
Avenida Ivirapema, 41 – Jardim ngela
CEP: 04941-020
Fone: (11) 5833-2838/5831-9089
E-mail: sergiopsi@aol.com
São Paulo – SP

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
Rua Amazonas, 169 – Vicente de Carvalho
CEP: 11450-210
Guarujá – SP

Sergipe
CAPS ad Primavera
Rua Construtor João Alves, 480 – São José
Telefones: (79) 3179-3770/3179-3771
Fax: (79) 3179-1023
E-mail: ana.santiago@aracaju.se.gov.br
Aracaju – SE

CAPS ad Ana Pitta
Avenida Perimetral, s/nº – Conj. Marcos Freire I
CEP 49160-000
E-mail: teteu_ml@ig.com.br
Nossa Senhora do Socorro – SE

6.4 Associações de Redução de danos

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE REDUTORES DE DANOS – ABORDA
Avenida General Justo, 275, Sala 316 "B" – Centro
CEP: 22021-130
Fones: (21) 2240-4351/9128-9361
E-mail: crisanpa@yahoo.com.br/tempovento@yahoo.com.br
Rio de Janeiro – RJ

REDE BRASILEIRA DE REDUÇÃO DE DANOS – REDUC
Alameda Madeira, 258, Sala 604 – Alphaville
CEP: 06454-010
Fone: (11) 4195-0335/Fax: (11) 4153-7697
E-mail: info@reduc.org / <http://www.reduc.org>
Barueri – SP

REDE LATINO-AMERICANA DE REDUÇÃO DE DANOS – RELARD
Rua Padre Anchieta, 1007, Ap. 31
CEP: 80430-060
Fones: (41) 324-4400/336-3446/9192-0400/Fax: (41) 324-5916
Endereço Eletrônico: <http://www.relard.org>
E-mail: flama51@terra.com.br
Curitiba – PR

ASSOCIAÇÃO GAÚCHA DE REDUTORES DE DANOS
Rua Mestre Macedinho, 141, Casa 07 – B. Nonoai
CEP: 91720-600
Fones: (51) 9164-2507/9164-2507/Fax: (51) 231-7114
E-mail: arede.rs@bol.com.br
Porto Alegre – RS

ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE REDUTORES DE DANOS
Rua Júlio Moura, 192, Sala 101 – Centro
CEP: 88020-150
Fones: (48) 9992-1901/223-3719
E-mails: acordasc1@bol.com.br/mariohsc@hotmail.com.br
Florianópolis – SC

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE REDUTORES DE DANOS – APRENDA
Rua Saldanha Marinho, 3877 – Bairro Bom Jesus
CEP: 15014-300
Fone: (17) 234-3660
São José do Rio Preto – SP

ASSOCIAÇÃO CARIOCA DE REDUÇÃO DE DANOS
Praia de Botafogo, 316, Sala 920
CEP: 22250-040
Fones: (21) 2552-2761/9426-8850
E-mail: crisanpa@yahoo.com.br
Rio de Janeiro – RJ

ASSOCIAÇÃO BAIANA DE REDUTORES DE DANOS – ABAREDA
CETAD/UFBA
Rua Pedro Lessa, 123 – Canela
CEP: 40110-050
Fones: (71) 336-7943/336-8673/347-7284
E-mail: abareda@bol.com.br
Salvador – BA

REDUTORES DE DANOS DE DANOS DE MINAS GERAIS – REDAMMIG
Rua Além Paraíba, 917 A – Bonfim
CEP: 31210-120
Fone: (31) 3427266
Belo Horizonte – MG

MOVIMENTO METROPOLITANO DE REDUÇÃO DE DANOS
José de Alencar, 1643, Ap. 21 – Azenha
CEP: 90880-481
Fone: (51) 9112-2971
E-mail: gravataids@ig.com.br
Porto Alegre – RS

ASSOCIAÇÃO CEARENSE DE REDUÇÃO DE DANOS
Rua Tanguá, 158 – Montese
CEP: 60410-560
Fax: (85) 491-0716
E-mail: rdfortaleza@terra.com.br
Fortaleza – CE

Associação Pernambucana de Redução de Danos
Av. Domingos Ferreira, 636, Sala 405, Ed. Clinical Center – Boa Viagem
CEP: 51011-050
Fones: (81) 3466-0527/1377/9126-8822
E-mail: amelcop@uol.com.br
Recife – PE

Rede Acreana de Redução de Danos
Rua Projetada, 074 – Bosque
CEP: 69914-610
Fones: (68) 223-9625/2236737
E-mail: prdacre@mdnet.com.br
Rio Branco – AC

Rede Paranaense de Redução de Danos – REPARE
Rua Rui Barbosa, 1786/603 – Maracanã
CEP: 85852-120
Fones: (45) 30274214/9103-1618
E-mail: chico@uol.com.br
Foz do Iguaçu – PR

Associação de Redutores de Danos de Porto Alegre – ARD'POA
Rua Mário de Artagão, 13 – Partenom Vila Maria da Conceição
CEP: 90680-080
Fone: (51) 9911-8221
E-mail: Artpoa@hotmail.com
Porto Alegre – RS

ASSOCIAÇÃO DE REDUTORES DE DANOS DE PORTO ALEGRE – ACARD
Avenida Nossa Senhora da Penha, 699/312, Torre B, Ed. Century Tower
Fone: (28) 3345-9085/99893284
E-mail: ncarpanedo@hotmail.com.br
Vitória – ES

CENTRO DE CONVIVÊNCIA É DE LEI VICE-PRESIDENTE ANDREA DOMANICO
Rua 24 de maio, 116, 4º Andar, Loja 37 – Centro
CEP: 01041-000
Fone: (11) 3337-6049
E-mail: conviveredelei@uol.com.br
São Paulo – SP

Anexo

RELATÓRIO FINAL DO I ENCONTRO NACIONAL DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPS ad

Tema: Drogas, Saúde Pública e Democracia: reduzindo danos, ampliando direitos.

I – Introdução

Nos dias 26 e 27 de abril de 2004, a cidade de Santo André, São Paulo, em parceria com o Ministério da Saúde, sediou o I Encontro Nacional de CAPS ad – Drogas, Saúde Pública e Democracia: reduzindo danos, ampliando direitos, que contou com a presença de aproximadamente 100 instituições de todo o Brasil (CAPS cadastrados, em fase de cadastramento e outros equipamentos da área da saúde que desenvolvem atividades afins). Foram cadastrados para o evento 204 participantes.

Este foi um Encontro que se propôs como espaço de reflexão coletiva da prática cotidiana dos Serviços de Atenção em Álcool e outras Drogas de todo o território nacional, de reafirmação dos princípios e diretrizes que permeiam esta prática, sendo também um momento preparatório para o Encontro Nacional de CAPS a se realizar na cidade de São Paulo em junho de 2004.

A Mesa de Abertura contou com:

Sr. João Avamileno – Prefeito de Santo André

Sr. René Miguel Mindrisz – Secretário Municipal da Saúde de S.A.

Dra. Tereza de Jesus Campos Neta – Diretora do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – MS

Dra. Mirsa Delossi – Coordenadora Estadual de Saúde Mental/SP – CONASS

Sra. Maria Aparecida Damaia – Diretora do Departamento de Gestão do SUS – Secretaria da Saúde/S.A.

Fundamentalmente, este Encontro traduz o promissor momento da área, no processo de construção de uma clínica ampliada, pertinente e, por que não dizer, ousada, neste momento histórico. Momento em que as políticas públicas buscam a maturidade da Reforma e a concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde em nosso País.

II – Conferências

1 - A política nacional de saúde mental para a atenção ao usuário de drogas. A reforma psiquiátrica e os CAPS ad

Pedro Gabriel Delgado – Coordenador Nacional de Saúde Mental

Décio de Castro Alves – Coordenador do Programa Municipal de Saúde Mental de Santo André

2 - O homem e sua relação com as drogas: história, valores e políticas
"A universalidade dos usos de drogas": o lugar das drogas na sociedade pós-moderna
Carlos Geraldo D' Andréa Espinheira

III – Relatórios Técnicos

1 - O CAPS ad como ordenador da rede no território de abrangência

1.1 Expositora Convidada

Maria Elizabete de Carvalho Freitas – CAPS ad Leste – Natal/RN

1.2 Considerações do Grupo de Trabalho

- O CAPS como "recriador" dos dispositivos geradores do vínculo do sujeito-cidadania, fortalece a perspectiva de construção coletiva das múltiplas ações, com envolvimento e participações efetivas do usuário, familiar e comunidade, propiciando ainda a articulação intersetorial e interinstitucional;
- Cultivo de permanente diálogo por meio de espaços de discussão com a rede de saúde, rede privada, movimentos sociais, Ongs, familiares e usuários, conselhos municipais, poder judiciário, bem como outras esferas de governos, intentando inclusive ampliar nossos cuidados;
- Garantia de financiamento das três esferas de governo para o desenvolvimento de ações de divulgação, capacitação específica, pesquisa e extensão e, condições para prestação da assistência definida no projeto terapêutico do serviço.

2 - O trabalho interdisciplinar no CAPS ad

2.1 Expositora Convidada

Graziella Barbosa Barreiros – NAPS AD – Santo André/SP

2.2 Considerações do Grupo de Trabalho

- Ressaltar a importância dos trabalhadores participarem da passagem de plantão para que as informações sejam acessíveis a todos e o projeto terapêutico seja permanentemente construído de forma conjunta e horizontal;
- Ressaltar que a referência terapêutica não precisa necessariamente ser a de um técnico com formação universitária, mas sim com quem o usuário se identifica;
- Buscar a construção de um saber coletivo, em que todos se sintam responsáveis, evitando centralização em pessoas e/ou conhecimentos de uma única área;
- Desenvolver, no trabalho interdisciplinar, mecanismos de suporte para suprir limitações e dificuldades dos membros da equipe no processo de condução dos projetos terapêuticos;
- A equipe como um todo deve ser responsável pela resolução e/ou encaminhamento das tarefas;
- Buscar a formação permanente da equipe de trabalho;
- Agregar valor social ao trabalho interdisciplinar.

3 - Os desafios da adesão ao tratamento no CAPS ad

3.1 Expositora Convidada

Inês Torres – CPPT – Vitória/ES

3.2 Considerações do Grupo de Trabalho

- Ampliar o conceito de adesão não somente como uma dificuldade do usuário, mas também do profissional (e sua subjetividade) implicado como parte ativa do processo, assim como a família e a organização do serviço (tipos de dispositivos ofertados, abordagem etc.). A adesão a algum tipo de cuidado não se relaciona somente ao CAPS ad, ou seja, o usuário

pode aderir a outro dispositivo de saúde na rede que mais se aproxime ao seu desejo, suas possibilidades e limitações. Neste sentido, ao invés de considerar somente a dificuldade do usuário, vem a pergunta: que condições e dispositivos os serviços podem oferecer que facilitem a adesão?; ou ainda: quais atitudes ou ações o serviço utiliza que dificultam a adesão?;

- Ressaltar que a posição da equipe, em termos de acolhimento e prontidão, é preponderante para a adesão do usuário aos cuidados oferecidos pelo serviço. Incentiva-se uma postura de acolhimento, escuta diferenciada para cada situação em particular (aceitação da condição do usuário), assim como uma organização que disponibilize "portas abertas" durante todo o funcionamento do serviço;

- A diversidade de instrumentos terapêuticos contribui para a facilitação da adesão, tendo em vista a importância do vínculo estabelecido com um técnico ou alguma atividade artística;

- A necessidade de um espaço de supervisão clínica para a equipe no sentido de garantir a atitude de acolhimento;

- O estabelecimento do projeto terapêutico, e suas mudanças sejam impreterivelmente realizados em pactuação com o usuário, assim como com a rede de serviços e entre as instituições de referência;

- A constituição de uma rede de suporte social é de fundamental importância para a adesão ao tratamento, em particular às modalidades de atendimento intensivo.

4 - A construção do projeto terapêutico e o profissional de referência no CAPS ad

4.1 Expositora Convidada

Maria Wilma Santos de Faria – CMT – Belo Horizonte/MG

4.2 Consideração do Grupo de Trabalho

- Há diversidades no cotidiano dos CAPSs – há de haver respeito às peculiaridades regionais e culturais;

- O projeto terapêutico é uma construção, não é um dado a priori. É dinâmico e processual;

- Existem pelo menos três possibilidades de referência no CAPS: o profissional, a equipe e a instituição;

- O fato de o CAPS ser porta de entrada não implica necessariamente a construção imediata do projeto terapêutico;

- A construção dos projetos terapêuticos passa por momentos diferentes: pelo acolhimento, pelo tratamento propriamente dito e pela reabilitação e reinserção social;

- Dificuldades com a APAC:

- A clínica da dependência de psicoativos têm umas dinâmicas próprias, marcadas pela rotatividade, pela dificuldade de adesão, pelo alto índice de abandono, pelo "ir e vir" do paciente, que inviabiliza a construção de um projeto terapêutico com duração de um tempo previamente determinado. Mesmo os usuários que permanecem em tratamento necessitam de mudanças de procedimentos com muita frequência, o que pode ocasionar a solicitação de várias APACs para um mesmo usuário, tendo em vista o período limite de 03 meses;

- O preenchimento de laudos e acompanhamento das APACs (renovação, reativação etc.) requer muito tempo, em detrimento da utilização do tempo em atividade terapêutica;

- O faturamento não é compatível com a produtividade. A sensação é que se trabalha muito mais exaustivamente, diante do que o faturamento aponta.

- No caso de adolescentes em regime de restrição de liberdade, qual é o seu lugar no CAPS ad?

5 - O funcionamento da enfermaria/leitos no CAPS ad e a atenção para urgências e emergências

5.1 Expositor Convidado

Jefferson Magno Fernandes – NAPS ad – Santo André/SP

5.2 Considerações do Grupo de Trabalho

- Ressalta a importância da sustentação das práticas de comunicação intersetorial;
- A qualificação profissional da rede de saúde deve incidir em três níveis: na rede básica, nas equipes de urgência e emergência e na formação dos profissionais envolvidos na atenção psicossocial, durante a graduação;
 - A articulação com a rede deve se dar:
 - a partir da assistência prestada ao usuário no momento de sua permanência no leito crise do CAPS ad;
 - a partir da responsabilização do CAPS ad pela assistência aos dependentes de álcool e outras drogas.
 - A constituição e manutenção dos espaços de reunião e discussão clínica nas equipes, pela função que este espaço cumpre na avaliação dos casos clínicos;
 - A importância da "pulverização" das especialidades, no sentido da preservação da responsabilidade partilhada com relação à clientela atendida;
 - A criação de um fórum regular – semanal, quinzenal, mensal, conforme as necessidades dos serviços – com a participação dos serviços interligados da rede de saúde;
 - A importância da construção de estratégias de acolhimento, preservando o acesso aos serviços – CAPS 24 horas, emergências nos hospitais gerais, transporte diário, ambulância, telefone 0800;
 - Ressaltar que os leitos-crise não devem, nem podem substituir os leitos de retaguarda em hospitais gerais, leitos para usuários da saúde mental em geral.

6 - A construção dos espaços coletivos e do controle social nos CAPS ad

6.1 Expositora Convidada

Patrícia Von Flach Lima – CAPS ad/CETAD – Salvador/BA

6.2 Considerações do Grupo de Trabalho

- O controle social deve também ser exercido pela participação, ocupação e iniciativas em todos os demais espaços de ação política e social. No judiciário, é crucial o comprometimento dos órgãos de defesa dos direitos dos cidadãos. No executivo, é importante sensibilizar ou indicar ocupantes comprometidos com nossa luta nos cargos não eletivos;
 - Cabe montar iniciativas próprias de produção artística e cultural, bem como de estratégias de sensibilização de entidades de produção cultural da sociedade para os interesses da reforma psiquiátrica, na luta contra o estigma e segregação dos usuários de droga na sociedade em geral;
 - O controle social deve ser entendido também como participação efetiva dos trabalhadores na garantia de boas condições de trabalho e na gestão democrática, pluralista e interdisciplinar dos serviços e programas de saúde mental, de forma integrada com os usuários e familiar.

7 - Redução de danos, prevenção e atenção primária

7.1 Expositores Convidados

Marcelo Sodelli – APTA – São Paulo/SP

Ericsson Felipe Furtado – Hospital das Clínicas da FMRP – USP

7.2 Considerações do Grupo de Trabalho

- Buscar a implementação de ações destinadas à prevenção e à atenção voltadas para os problemas relacionados ao consumo de álcool e drogas na comunidade por meio de: avaliação de necessidades e planejamento de recursos; integração dos diferentes níveis de serviços de saúde; desenvolvimento de estratégias e tecnologias; foco sobre problemas no contexto da realidade assistencial;
 - Desenvolver ações que contribuam para: elevar o nível de compromisso e a eficácia do

sistema; educar e treinar adequadamente os profissionais de saúde; aumentar a eficiência no reconhecimento de casos de alto risco; reduzir a prevalência de casos graves e hospitalizações; promover a integração entre os níveis de atenção de saúde;

- Propõe-se a integração dos princípios da redução de danos nas ações de prevenção primária em relação ao uso de risco e abuso de drogas, tendo em vista a necessidade humana em buscar estados alterados de consciência. Neste sentido, abordagens que trabalham na ótica do "diga não às drogas" e de eliminar as drogas da sociedade por meio de abordagens de cunho amedrontador se mostram pouco produtivas em matéria de prevenção;

- Integrar os setores de saúde e educação na prevenção do uso de risco e abuso de álcool e outras drogas, tornando a educação preventiva parte do projeto pedagógico das escolas.

8 - Experiências de tratamento e terapias de substituição

8.1 Expositora Convidada

Fernanda Moreira – PROAD – São Paulo/SP

Pesquisa realizada pelo PROAD/UNIFESP sobre terapia de substituição do crack pela maconha.

8.2 Considerações do Grupo de Trabalho

- Empreender projetos de pesquisa sobre as terapias de substituição;
- Garantir que as ações dos equipamentos de tratamento e acolhimento se dêem considerando o contexto de vida de seus usuários;
- Respeitar o limite de pactuação da pessoa em cuidado;
- Cuidar primando pelo estabelecimento do vínculo de confiança, da referência terapêutica;
- Respeitar o desejo da pessoa em cuidado;
- Considerar que, algumas vezes, usar drogas já constitui a identidade do sujeito em cuidado;
- Trabalhar a partir do desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais. Considerando que: não existe "receita pronta", cada caso é um caso;
- Buscar financiamento para pesquisa e insumos;
- Usar precedências jurídicas em favor das ações de redução de danos. Ex.: Utilização da *cannabis* para fins medicinais;
- Cuidar do mais grave primeiro, o que facilita, inclusive, a abordagem para redução de danos;
- Cuidar considerando que tratar é reconstituir a história pessoal e coletiva e, não, uma questão de usar ou deixar de usar drogas. É abrir a possibilidade de que cada um se aproxime daquilo que é;
- Considerar o valor cultural dos indivíduos usuários de drogas para avaliar sua relação com estas e suas consequências, assim como para propor qualquer ação.

9 - Equipes de referência no território: estratégias de redução de danos em campo

9.1 Expositoras Convidadas

Mirian Gracie Plena – CETAD – Salvador/BA

Andréia Domanico – Centro de Convivência É de Lei – São Paulo/SP

9.2 Considerações do Grupo de Trabalho

- Observa-se a necessidade de sistematizar o trabalho de campo;
- Aponta-se a importância de incluir redutores de danos que sejam usuários e/ou ex-usuários de drogas;
- Propõem-se a estruturação do trabalho de campo com vistas ao financiamento desta modalidade de atenção à saúde (ex.: cobrança por APAC ou outra forma);
- Ressalta-se a importância do trabalho realizado em unidade móvel no sentido de facilitar

o acesso das populações às práticas de redução de danos;

- Ressalta-se a importância do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar na abordagem do fenômeno das drogas com vistas a uma atenção integral;
- Aponta-se como um dos pontos importantes de sustentação dos programas o compromisso pelas equipes no cumprimento dos contratos estabelecidos com os usuários no campo, em termos da presença constante em dias e horários acordados.

10 - Mecanismos de participação ativa dos usuários de drogas e da comunidade na orientação do tratamento, inserção social e definições de políticas para o setor

10.1 Expositor Convidado

Domiciano Siqueira – ABORDA

10.2 Considerações do Grupo de Trabalho

- Em sua construção, as políticas públicas devem ser debatidas, compartilhadas e, portanto, são "barulhentas", participativas e trazem prazer. Criando, muitas vezes, uma reação adversa das pessoas;
- Devemos buscar investimentos para desconstruir significados e conceitos e ressignificar sentidos para a vida;
- Conhecer mais sobre a história social para compreender o que é possível mudar;
- O Ministério da Saúde deve instrumentalizar as equipes na concepção de estratégias que construam, na prática, um novo modelo de atenção em CAPS ad, sem que as equipes se destruam;
- A política pública deve ser libertadora e garantir cidadania.

11 - Formação e capacitação de profissionais e trabalhadores de saúde

11.1 Expositor Convidado

Marcelo Cruz – UFRJ

11.2 Considerações do Grupo de Trabalho

- Continuidade pelo Ministério da Saúde dos cursos de formação e aperfeiçoamento na área de álcool e outras drogas;
- Criar mecanismos de divulgação das informações relativas ao desenvolvimento dos cursos de capacitação;
- Caracterizar o público-alvo das capacitações, considerando critérios específicos para a participação dos profissionais nos cursos, tendo em vista os seus diversos níveis: oficinas, atualização e especialização;
- Necessidade de supervisão contínua para os profissionais da equipe do CAPS ad;
- Estabelecer critérios de avaliação dos cursos de capacitação na área de álcool e outras drogas;
- Desenvolver e disponibilizar banco de dados, teses, monografias, livros e outros materiais didáticos sobre o tema;
- Estabelecer critérios de avaliação sobre os impactos dos cursos de capacitação;
- Necessidade de cursos de capacitação para atividade de supervisão, para gestores e para a rede básica;
- Desenvolver mecanismos que promovam articulação e troca de informação entre responsáveis por centros formadores;
- Referendar o currículo mínimo e diretrizes estabelecidas pelo MS para o desenvolvimento dos cursos de capacitação;
- Avaliar o papel das universidades e outros serviços na sua capacidade como formador.

12 - Informação e pesquisa

12.1 Expositores Convidados

Drauzio Viegas Jr. – Prefeitura de Santo André

Francisco Cordeiro – Ministério da Saúde

12.2 Considerações do Grupo de Trabalho

- Como melhorar o trabalho, fazendo uso das informações já existentes?;
- Foi sugerida a uniformização das fichas de entrada/plantão, para que as informações possam ser aproveitadas para pesquisas futuras. Objetiva-se o estudo comparativo entre os vários CAPS ad;
 - Foi proposta a criação de um Núcleo de Informações comum a todos os CAPS ad. O Ministério da Saúde elaboraria modelos de questionários periódicos, aplicados a cada 06 meses;
 - Foi sugerida a padronização das informações de diagnóstico a partir do CID 10, por ser um instrumento universal;
 - Foi sugerida a elaboração de relatórios mensais de CAPS ad, informando o número de casos novos, retornos, óbitos, transferências;
 - As informações deveriam dar ênfase às drogas mais usadas como critério de avaliação da necessidade de cada serviço;
 - Criar instrumentos de avaliação da efetividade do tratamento;
 - Embora as APACs sejam oficialmente um banco de dados, estas não retratam a experiência de cada unidade. Foi sugerida a elaboração de uma nova APAC, tendo em vista a sua utilização não só para remuneração, mas também para pesquisa;
 - Necessita-se de maiores estudos epidemiológicos para um aprofundamento do conhecimento da situação de cada região, dando subsídios para planejamento de serviços;
 - A pouca importância dada às pesquisas, a falta de instrumentos e recursos de informática e a necessidade de disponibilidade dos profissionais para o atendimento, resultam em pouco ou nenhum investimento no campo de pesquisa e informação;
 - Existe a necessidade de maior investimento na formação de pesquisadores, financiamento, convênios com universidades e instituições de pesquisa;
 - A formação de pequenos núcleos regionais para coleta de informações e envio destes para o Ministério da Saúde pode ser uma maneira de superar a falta de profissionais qualificados nos municípios;
 - Aponta-se a necessidade de maior conhecimento e estudos sobre as ações de redução de danos, inclusive no sentido do financiamento;
 - Foi proposta a criação de um cargo em nível estadual de articulador da área de álcool e outras drogas;
 - Propõe-se a inclusão de um representante regional na Comissão de Reforma de Saúde Mental.

IV – Conclusões Gerais

O I Encontro Nacional dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas com o tema "Drogas, Saúde Pública e Democracia: reduzindo danos, ampliando direitos", realizado no Município de Santo André – São Paulo, reuniu a quase totalidade dos dispositivos de assistência já implantados em todo o território nacional. Além de possibilitar o reconhecimento dos CAPS ad como eixo central da política nacional de saúde mental para o setor das drogas lícitas e ilícitas, indicou caminhos importantes para a consolidação de um modelo de atenção mais flexível, ampliado e inclusivo para a população usuária do SUS.

O evento contou com a participação de 204 representantes dos vários municípios e estados brasileiros, tendo como destaque a qualidade das experiências apresentadas e do debate nos grupos de trabalho, o que resultou em várias recomendações e propostas para aprofundamento e ampliação das intervenções e políticas. O debate apontou a importância da participação dos profissionais, usuários, familiares e da comunidade em geral nos processos de construção de intervenções e políticas públicas para o setor.

Uma das constatações observadas no Encontro, além de consenso em relação a determinadas práticas, foi o fato de que os diversos serviços implantados, em termos de dispositivos de intervenção ofertados à população usuária e de experiência acumulada na área, estão em distintos momentos. Outra se refere à introdução do modelo de redução de danos no cotidiano dos CAPS no sentido de repensar abordagens de maior exigência em relação às possibilidades e desejos dos usuários de drogas em detrimento de abordagens

de menor exigência e criação de novas alternativas na clínica da dependência de psicoativos.

Para finalizar, acreditamos que a troca de experiência e o debate possibilitado pelo I Encontro Nacional de CAPS ad, com vistas ao I Encontro Nacional de CAPS a ser realizado nos dias 28, 29, 30 de junho e 01 de julho, adquire grande importância para a construção permanente e participativa de uma Política Nacional de Saúde na área de drogas lícitas e ilícitas.

Comissão Organizadora

Ministério da Saúde
Pedro Gabriel Godinho Delgado
Sueli Moreira Rodrigues
Francisco Cordeiro
André Magalhães Teixeira
Kelle Antunes

Prefeitura de Santo André
Rene Miguel Mindrisz
Maria Aparecida Damaia
Décio de Castro Alves
Graziella B. Barreiros
Vilmar Ezequiel dos Santos
Ana Lucia Spiassi
Drauzio Viegas Júnior
Sílvia Moreira da Silva

Ministério
da Saúde

