

A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: AVANÇOS E RETROCESSOS

Andrea Gallassi¹

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1990), é um conjunto de ações e serviços que busca garantir acesso à saúde para toda população brasileira. Este acesso vai desde ações simples, como aferição de pressão e consultas de profissionais de saúde, por exemplo, até ações mais complexas, como a realização de exames e cirurgias.

O SUS é responsável por regular e organizar, em todo o território nacional, as ações e os serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de atenção em cada esfera de governo: federal, estadual, municipal/distrital. São princípios do SUS: o acesso universal público e gratuito às ações e aos serviços de saúde; a integralidade das ações, em um conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de atenção do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por conselhos municipais, estaduais/distrital e nacional de saúde, com representação dos usuários, dos trabalhadores, dos prestadores de serviços, das organizações da sociedade civil e das instituições formadoras. A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do SUS.

O início do processo de reforma psiquiátrica no Brasil é contemporâneo à reforma sanitária – que deu origem ao SUS – em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde mental. Embora contemporâneos, o processo de reforma psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita em um contexto internacional de mudanças pela superação do modelo asilar como forma de tratamento dos transtornos mentais e dos problemas decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas (Andreoli *et al.*, 2007).

Fundado ao final dos anos 1970, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico ou nos manicômios e na conjunção dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, a reforma psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde. Ela é um processo político e social complexo, compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (Barros e Salles, 2011).

Nesse sentido, este artigo tem por objetivo discorrer sobre a política do Ministério da Saúde (MS) na atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas, apontando avanços, desafios e retrocessos presentes ao longo de seu processo de construção e implementação.

1. Professora adjunta do curso de graduação em Terapia Ocupacional e do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (PPGCTS/FCE/UnB) e coordenadora-geral do Centro de Referência sobre Drogas e Vulnerabilidades Associadas da FCE/UnB.

2 OS AVANÇOS NO CUIDADO DAS PESSOAS QUE USAM DROGAS

Em 2001, a Lei nº 10.216 (Brasil, 2001), que redireciona a assistência em saúde mental, é sancionada no país. Ela privilegia o oferecimento de tratamento em liberdade, ou seja, fora dos hospitais psiquiátricos, em serviços de base comunitária – com destaque para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) –, e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, sua promulgação impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de reforma psiquiátrica no Brasil que segue até os dias de hoje.

O CAPS, serviço estratégico dentro da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), tem a tarefa de promover a articulação entre os outros serviços de saúde, é de base territorial, de portas abertas e oferece cuidado a pessoas em sofrimento decorrente de transtornos mentais, uso problemático de álcool e outras drogas e sua ambiência (espaço inter-relacional do sujeito com o local, as pessoas e as coisas). Sua equipe é formada por diferentes profissionais, como enfermeiros, médicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, entre outros, que desenvolvem suas ações pautadas no vínculo entre a pessoa e o serviço, no acolhimento e no Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é construído pelo profissional do serviço junto com a pessoa e planeja as ações que serão feitas durante o tratamento, englobando vários campos da vida, dentro e fora do serviço; ele deve ser revisto sempre que necessário, levando em conta os desejos da pessoa e seu processo de reabilitação com vistas ao resgate de sua autonomia (Gallassi *et al.*, 2016; Lacerda e Fuentes-Rojas, 2016).

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimentos individuais e em grupo à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento médico, psicológico e ocupacional, bem como a reinserção social pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de saúde mental criado para substituir as internações em hospitais psiquiátricos. Os CAPS diferenciam-se pelo porte, pela capacidade de atendimento e pela clientela atendida, e organizam-se de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros.

O CAPS Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) é voltado para realizar o atendimento de adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com necessidades decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas. É parte da Raps, funciona vinte e quatro horas, dependendo do município, e conta com, no máximo, doze leitos para observação e monitoramento (Brasil, 2012).

Mesmo com os avanços legais e institucionais promovidos pelas reformas sanitária e psiquiátrica, as saúdes pública e mental não se ocuparam devidamente do tema prevenção e tratamento das pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas. Produziu-se, historicamente, uma importante lacuna na política pública de saúde, deixando a questão das drogas para instituições de justiça, segurança pública, benemerência, associações religiosas e outros. A complexidade do problema contribuiu para a relativa ausência do Estado, e possibilitou a disseminação, em todo o país, de “alternativas de atenção” de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo a abstinência como principal objetivo a ser alcançado. Este cenário aponta a necessidade de assunção, pela saúde pública, de uma política mais clara e incisiva para o problema (Pereira *et al.*, 2015).

As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas relacionadas ao tema drogas não são consideradas na compreensão global do problema, e a percepção distorcida da realidade desta questão acabou por promover a disseminação de uma cultura que associa o uso de drogas à criminalidade e que

combate substâncias, fazendo com que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem, aparentemente, relegados a um plano menos importante.

Assim, historicamente no Brasil o tema do uso problemático de álcool e outras drogas é associado a uma questão de justiça e segurança pública e à oferta de “tratamentos” inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social.

Nesse sentido, reconhecendo o uso problemático de álcool e outras drogas como importante problema de saúde pública e buscando manter o tema em seu campo de pertencimento – a saúde mental – é lançado, em 2002, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, o que se transformaria, mais tarde, na Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. A estratégia central dessa política é sustentar a necessidade de ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos (Brasil, 2003).

Originalmente apresentada como estratégia na prevenção de doenças transmissíveis, a redução de danos é uma política do MS desde 1994 e há trinta anos internacionalmente reconhecida como alternativa pragmática e eficaz no campo da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)/síndrome de imunodeficiência adquirida (Aids). No campo específico dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, o paradigma da redução de danos situa-se como estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos causados pelo uso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando a pessoa em seu papel autorregulador, sem a exigência imediata e automática da abstinência e incentivando-a à mobilização social (Fonseca *et al.*, 2007).

A estratégia de redução de danos vem permitindo que as práticas de saúde acolham, sem julgamento, as demandas de cada situação, de cada pessoa, ofertando o que é possível e o que é necessário, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento; reconhece cada pessoa em sua singularidade, traçando com ela estratégias que estão voltadas para a defesa de sua vida (Paiva, Pupo e Barboza, 2006).

Assim, são estratégias de redução de danos para pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas: a ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente para aqueles que não têm contato com o sistema de saúde, por meio da abordagem *in loco*, desenvolvida pelos consultórios na rua e por coletivos que atuam em regiões sabidamente de consumo; a distribuição de insumos (seringas, agulhas, cachimbos) para prevenir a infecção dos vírus HIV e das hepatites B e C; a elaboração e a distribuição de materiais educativos informando sobre formas mais seguras de uso e sobre as consequências negativas do uso problemático de drogas; e os de prevenção da violência no trânsito e interpessoal associada ao consumo destas substâncias (Santos, Soares e Campos, 2010).

Seguindo no esforço de recuperar o atraso histórico na abordagem do tema drogas no âmbito da saúde mental, mas, sobretudo, com o objetivo de responder a segmentos da população incomodados com a “epidemia” de *crack*, o governo federal lançou, em 2012, o programa Crack, é Possível Vencer, que tem como um de seus objetivos expandir a Raps para usuários de álcool e outras drogas, além de investir em capacitação profissional e ações de segurança pública (Brasil, 2011b). Embora bastante criticado pelo fato de ser um programa de governo focado em apenas uma droga – o *crack* –, a expansão da rede de cuidados beneficia todos que dela necessitam, e não somente aqueles com problemas relacionados ao uso desta ou daquela substância. Porém, a expansão da rede de atenção prevista no programa não se restringiu àquela de abordagem psicossocial, composta por equipamentos de bases territorial e comunitária, como os CAPS AD; a expansão também se deu na modalidade que reproduz

o modelo combatido de instituição total, como o que ocorre nas comunidades terapêuticas, em que se centraliza o tratamento em espaços fechados, com pouca articulação com outros serviços e tendo a abstinência como meta única (Gallassi e Santos, 2014).

Nesse sentido, é possível considerar que enfrentamos no Brasil, atualmente, pelo menos dois grandes desafios relacionados ao tema drogas e saúde: o recrudescimento das abordagens terapêuticas centradas na internação, na reclusão e na exclusão dos usuários de drogas, e a falta de conhecimento técnico-científico dos profissionais à luz das melhores evidências no que se refere ao cuidado de pessoas em sofrimento pelo uso de drogas.

3 OS RETROCESSOS ANUNCIADOS

Países que consideram, em suas tomadas de decisões, as evidências científicas, a proteção dos direitos humanos fundamentais e das liberdades individuais e que almejam uma sociedade menos violenta, mais justa e menos desigual, estão revendo o modelo de proibição das drogas – um dos principais pilares da falta de coesão social – e partindo para abordagens flexíveis amparadas pela ciência. Este cenário não é o observado no Brasil que, ao contrário, vem buscando ampliar propostas com vistas ao endurecimento da abordagem das pessoas que fazem uso problemático de drogas.

No entanto, em que pese a profusão de evidências científicas, segmentos dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário permanecem tentando aprofundar esse modelo fracassado. Por exemplo, o projeto de lei do deputado Osmar Terra (Brasil, 2013) reúne um conjunto de propostas ultrapassadas que dialogam com a Lei de Drogas do Brasil da época do regime militar, com foco na abstinência total, na preferência pelo tratamento em instituições de longa permanência e na manutenção da política criminal, com aumento de penas e internações compulsórias.

Além disso, mudanças recentes na política de saúde mental, aprovadas em dezembro de 2017 na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS, recolocaram medidas questionáveis, como o retorno do hospital psiquiátrico à rede de tratamento, ignorando o seu histórico de violação de direitos das pessoas com transtornos mentais, comprometendo, assim, os avanços da política de saúde mental iniciados em 2001 a partir da Lei nº 10.216 (Brasil, 2017). Ainda passou a considerar, de maneira genérica, a rede privada de comunidades terapêuticas, notadamente de vocação religiosa, como parte da rede de atenção ao uso problemático de drogas, garantindo financiamento público para um tipo de isolamento social cujo sucesso não é amparado pela literatura.

Em dezembro de 2017, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) do Ministério da Justiça (MJ), em sua primeira e única reunião do ano, apresentou uma minuta de resolução para uma “nova” política de drogas que consolida elementos dessas medidas citadas, diminuindo o investimento e o protagonismo dos espaços de cuidado em liberdade, como é o caso dos CAPS AD, e desprezando a redução de danos como estratégia terapêutica (Brasil, 2018).

As pesquisas científicas vêm produzindo dados que evidenciam a necessidade de reverter a compreensão do fenômeno uso de drogas pela perspectiva criminal, da repressão, da coerção e do medo, que instala um verdadeiro estado policial nas sociedades de todo o mundo, a favor de uma abordagem que preze pelo cuidado e pela não estigmatização das pessoas que fazem uso, de modo problemático ou não. Essas evidências caminham no sentido de que a melhor maneira de lidar com o problema é que a circulação destas substâncias seja regulada pelo Estado, diminuindo o poder das organizações criminosas e de toda a sua cadeia de influências – na política, inclusive –, beneficiando-se com os tributos oriundos deste comércio e investindo tal arrecadação em ações de tratamento e

prevenção. Esta é a aposta de nove estados norte-americanos que legalizaram toda a cadeia produtiva de maconha para fins terapêuticos e social, assim como do Uruguai, em que o Estado mantém o monopólio de toda a produção e do comércio de maconha, e do Canadá, o mais recente país a iniciar o processo de legalização da maconha para fins recreativos (para fins medicinais já o é desde 2001); além destes, todos os países da América do Sul, com exceção do Brasil, do Suriname e da Guiana, e uma dezena de países da Europa descriminalizam o porte de todas as drogas para uso pessoal (Rehm e Fischer, 2015; Godlee e Hurley, 2016; Csete *et al.*, 2016; Godlee, 2018).

A resolução proposta pelo deputado Osmar Terra afirma que “a orientação central da política nacional sobre drogas deve considerar aspectos legais, culturais e científicos”, mas destaca: “em especial a posição majoritariamente contrária da população brasileira quanto a iniciativas de legalização das drogas” (Brasil, 2013).

A Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), entidade com representação no Conad e que tem como principal objetivo a difusão e a popularização da ciência no país, critica a atual condução da política de drogas do Brasil para além do uso demagógico do apoio popular desinformado. Entendemos que esta resolução confronta as melhores evidências científicas produzidas nos últimos anos, recrudescendo diretrizes malsucedidas que estão sendo paulatinamente abandonadas em âmbito internacional, a favor de modelos que reposicionam os objetivos primordiais do Estado, como a promoção da saúde pública, da liberdade e dos direitos fundamentais.

REFERÊNCIAS

ANDREOLI, S. B. *et al.* Serviços de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BARROS, S.; SALLES, M. Mental health care management in the Brazilian national health system. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 1780-1785, 2011.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 9 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001. Disponível em: <<https://goo.gl/5Nj8vz>>. Acesso em: 29 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: MS, 2003.

_____. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011. Institui o programa Crack, é Possível Vencer. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011a. Disponível em: <<https://goo.gl/Z9oZbQ>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2011b. Disponível em: <<https://goo.gl/XxKgVx>>. Acesso em: 29 mar. 2012.

_____. _____. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília: MS, 2012.

_____. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei da Câmara (PLC) nº 37/2013. Altera as Leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Leis nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília: Câmara dos Deputados, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/NNv9jW>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestora Tripartite. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Brasília: MS, 2017.

_____. Ministério da Justiça. Resolução nº 01, de 9 de março de 2018. Define diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Pnad – Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Brasília: MJ, 2018. Disponível em: <<https://goo.gl/EF5fC7>>. Acesso em: 18 nov. 2018

CSETE, J. *et al.* Public health and international drug policy. **The Lancet**, v. 387, n. 10026, p. 1427-1480, 2016.

FONSECA, E. M. *et al.* Descentralização, Aids e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 2134-2144, 2007.

GALLASSI, A. D. *et al.* Characteristics of clients using a community-based drug treatment service (CAPS AD) in Brazil: an exploratory study. **International Journal of Drug Policy**, v. 31, p. 99-103, 2016.

GALLASSI, A. D.; SANTOS, V. A necessária e urgente mudança na abordagem das pessoas em sofrimento pelo uso de drogas. **Caderno de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 22, p. 1-4, 2014.

GODLEE, F. Drugs should be legalised, regulated, and taxed. **British Medical Journal**, v. 361, 2018.

GODLEE, F.; HURLEY, R. The war on drugs has failed: doctors should lead calls for drug policy reform. **British Medical Journal**, v. 355, 2016.

LACERDA, C. B.; FUENTES-ROJAS, M. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 363-372, 2016.

PAIVA, V.; PUPO, L. R.; BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 109-119, 2006.

PEREIRA, M. N. *et al.* Princípios da abordagem psicossocial e o cuidado às pessoas em sofrimento decorrente de transtornos mentais e do uso de álcool, crack e outras drogas. *In*: MAZITELLI, F. *et al.* (Orgs.). **Desenvolvendo e articulando o conhecimento para o cuidado das pessoas em sofrimento pelo uso de drogas em contextos de vulnerabilidade**. Curitiba: CRV, 2015.

REHM, J.; FISCHER, B. Cannabis legalization with strict regulation, the overall superior policy option for public health. **Clinical Pharmacology and Therapeutics**, v. 97, n. 6, p. 541-544, 2015.

SANTOS, V. E.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 995-1015, 2010.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: MS, 2004.

