



ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS

Marcia Rodrigues Vasconcelos¹
Humberto de Aquino Costa²
Natasha Cristina da Costa Carvalho³
Samuel Gonçalves do Espírito Santo⁴
Thais Natiele Bessa de Miranda⁵
Thatiury Sales Araújo⁶
Patrícia Pinto de Paula⁷

RESUMO: Este artigo é o resultado de uma atividade investigativa desenvolvida na disciplina Psicologia e Saúde Coletiva da PUC Minas São Gabriel, ocorrida no primeiro semestre de 2017. Trata-se de estudo sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas no Brasil, com enfoque na vertente das políticas públicas de redução de danos. O objetivo é fazer um diálogo entre o que a literatura e a legislação trazem especificamente sobre o tema e a prática de observação realizada em órgãos competentes: um CERSAM AD e uma Unidade Básica de Saúde, em Belo Horizonte. Como metodologia utilizamos a pesquisa qualitativa, através da realização de entrevistas semi-estruturadas com profissionais atuantes nas unidades citadas. Trata-se de um tema denso e complexo considerado por vários autores como um problema de saúde pública mundial. Os resultados que se destacam são que embora a política de redução de danos aproxime-se do conceito de promoção à saúde é necessário que haja um fortalecimento da rede de serviços para sua efetiva implantação.

PALAVRAS-CHAVE: Álcool e outras drogas; Políticas Públicas de Saúde; Redução de danos.

ABSTRACT: This article is the product of an investigative study developed for the Psychology & Collective Health of PUC Minas São Gabriel, occurred during the first semester of 2017. It is a study on the abusive use of alcohol and other drugs in Brazil, focusing on the damage reduction aspect of the public policies in the country. It's main objective is to establish dialogue between what can be found in literature and legislation regarding this theme and, on the other side, the practices that actually take place in the organizations; which would be, in this case, the CERSAM AD and UBS'- Basic Health Units- found in Belo Horizonte city. The methodology employed was the qualitative research through semi-structured interviews with the professionals engaged in the aforementioned public services. It should be emphasized that, this is a dense and complex theme, considered to be a public health issue around the world by a number of authors. The results that stand out are that although the harm reduction policy approaches the concept of health promotion, it is necessary that there be a strengthening of the service network for its effective implementation.

KEYWORDS: Alcohol and other drugs; Public health Policy; Damage reduction.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho aborda a questão do uso abusivo de álcool e outras drogas no Brasil com enfoque na vertente das políticas públicas de redução de danos, a partir de uma prática investigativa desenvolvida na disciplina Psicologia e Saúde Coletiva sob a orientação da professora Patrícia Pinto de Paula, realizada durante o primeiro semestre de 2017. O uso abusivo de ál-

¹ Aluna da Faculdade de Psicologia da PUC Minas, Unidade São Gabriel. marciarodvasconcelos@yahoo.com.br

² Aluno da Faculdade de Psicologia da PUC Minas, Unidade São Gabriel. humbertoquinocosta@gmail.com

³ Aluna da Faculdade de Psicologia da PUC Minas, Unidade São Gabriel. natashaofarendelle@gmail.com

⁴ Aluno da Faculdade de Psicologia da PUC Minas, Unidade São Gabriel. samuelges@gmail.com

⁵ Aluna da Faculdade de Psicologia da PUC Minas, Unidade São Gabriel. thais.bessa@sga.pucminas.com

⁶ Aluna da Faculdade de Psicologia da PUC Minas, Unidade São Gabriel. thatiury@hotmail.com

⁷ Doutora em Psicologia pela USP. Professora da Faculdade de Psicologia da PUC Minas. patriciapintodepaula@gmail.com.br

cool e outras drogas tornou na contemporaneidade um grave problema de saúde pública mundial, sendo o alcoolismo o mais abrangente. No Brasil há a prevalência de uso nocivo ou dependência do álcool. Sendo a droga mais consumida atinge 12% da população que apresenta algum problema pela utilização indiscriminada da substância (FERRABOLI et al, 2015). De acordo com o DATASUS, e considerando o período compreendido entre 1998 e 2001, verifica-se que o maior percentual de gastos em unidades de saúde pública é decorrente do uso indevido de álcool, 87,90% contra 13% de gastos oriundos do consumo de outras substâncias psicoativas. O alcoolismo é considerado o maior problema de saúde pública mundial (BRASIL, 2003)

Repensar as formas de enfrentar o problema que decorre do consumo indiscriminado de álcool e outras drogas é emergente. Nosso objetivo com essa pesquisa foi realizar um breve histórico sobre algumas drogas psicoativas e seus impactos no organismo e como se dá o tratamento, o trabalho e o funcionamento das políticas públicas atuantes hoje, na perspectiva das políticas de redução de danos, com foco nas implantadas no município de Belo Horizonte. Para isso, buscamos na literatura embasamento bibliográfico, realizamos uma visita técnica no CERSAM AD⁸ localizado na região nordeste de Belo Horizonte, onde fomos recepcionados pela psicóloga e estagiária de psicologia de plantão e entrevistamos uma médica generalista atuante em um Centro de Saúde (UBS), localizado na região leste do mesmo município.

2 DROGAS: CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), droga é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento (SENAD, 2013).

As drogas podem ser classificadas como: depressoras, estimulantes ou perturbadoras, conforme os efeitos aparentes que causam no sistema nervoso central. Do ponto de vista legal são classificadas como drogas lícitas ou ilícitas.

As drogas depressoras são aquelas que diminuem as atividades cerebrais deixando seu funcionamento mais lento. Dentre as drogas depressoras está o álcool. O uso e abuso do álco-

⁸ CERSAM AD (Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas) são centros de Referência em Saúde Mental que funcionam todos os dias da semana em horário ininterruptos com atendimento exclusivo para usuários de álcool e outras drogas. Na rede de Saúde Mental da cidade de Belo Horizonte, os CERSAM's são os equipamentos denominados como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e a atual rede de Belo Horizonte é composta por nove CERSAM sendo um em cada Distrito Regional Sanitário, dois CERSAMI, voltados para o público infantil, e três CERSAM AD.

ol alcançam pessoas do mundo inteiro. É uma substância legalmente lícita e por isso é comercializada livremente em supermercados e bares das pequenas e grandes cidades. As atividades cerebrais são alteradas na medida da quantidade ingerida da substância e do seu teor alcoólico. No nível mais baixo de consumo pode-se perceber certa desinibição do comportamento, prejuízo na coordenação motora e funções sensoriais. Já nos níveis médios e altos de consumo do álcool as propriedades depressoras das atividades cerebrais tornam-se muito aparentes causando aumento da sonolência, ataxia, baixa concentração e raciocínio e em última instância pode levar o indivíduo à morte. Segundo Duailibi e Laranjeira (2007) o hábito contínuo de ingerir bebidas alcólicas pode resultar em dependência que gera certa incapacidade pessoal de controlar a frequência e quantidade da bebida consumida.

As drogas estimulantes são aquelas que aceleram o funcionamento cerebral aumentando temporariamente o estado de alerta e energia. Estas aumentam o ritmo cardíaco, diminuem o sono e apetite e geram sensação de euforia. Exemplos de drogas estimulantes são: a cocaína, o crack, a cafeína, o tabaco e as anfetaminas (drogas sintéticas). Dentre as drogas estimulantes das atividades cerebrais destacamos o crack por suas propriedades que causam alta dependência aos usuários e por ser na atualidade uma das drogas ilícitas mais conhecidas nas grandes cidades.

As drogas perturbadoras das atividades mentais são aquelas que agem nas atividades cerebrais de forma a trazer distorções no seu funcionamento e nos sentidos, bem como alucinações e perturbações. Também são chamadas de drogas alucinógenas e seus efeitos no organismo são de curta duração. Estes efeitos têm dimensões físicas e psíquicas e variam de acordo com a quantidade e até mesmo com a qualidade da droga consumida. Exemplos de substâncias reconhecidas como perturbadoras, são: maconha, LSD e ecstasy.

Segundo Tameline e Mondoni (2009) são muitas as complicações clínicas e psiquiátricas advindas do uso abusivo dessas substâncias e em relação ao álcool destacamos: Transtornos psicóticos induzidos por álcool, Síndrome Wernicke-Korsakoff, Transtornos de humor, ansiosos, de sono e disfunções sexuais, Demência persistente induzida por álcool, Síndrome fetal, esofagite, gastrite ou úlceras estomacais, pancreatite, esteatose hepática, hepatite alcoólica, cirrose, hipertensão arterial, arritmias, síndromes coronarianas, desnutrição, deficiências vitamínicas, osteopenia, anemia, macrocitose e leucopenia.

Uma das estratégias adotadas pelo Ministério de Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para fazer frente à demanda crescente de usuários com uso abusivo de álcool e outras drogas, é a de redução de danos que será apresentada a seguir.

3 UM PANORAMA DAS POLÍTICAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O abuso ou uso nocivo diz respeito ao consumo de substância psicoativa que é prejudicial à saúde e pode envolver complicações físicas ou psíquicas, ou seja, quando o indivíduo passa a ter problemas de saúde física, mental e social decorrentes do uso da droga. (MANGUEIRA et al, 2015).

A Política para Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas surgiu no Brasil na tentativa de subsidiar a construção coletiva de enfrentamento do problema do uso abusivo de álcool e outras drogas, ora reconhecido como sendo um grave problema de saúde pública. (BRASIL, 2003).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), são objetivos da Política para Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas: proporcionar tratamento na atenção primária, garantir o acesso a medicamentos; garantir atenção na comunidade; fornecer educação em saúde para a população; envolver comunidades/família/usuários; formar recursos humanos; criar vínculos com outros setores; monitorar a saúde mental na comunidade; dar mais apoio às pesquisas; e estabelecer programas específicos.

Destacam-se duas vertentes relacionadas às políticas do álcool e outras drogas: as regulatórias ou proibicionistas, e as de redução de danos. Segundo Laranjeira e Duailibi (2007), as ações diretas de caráter autoritário, pautadas no princípio de que o abuso do álcool e outras drogas estão vinculados a problemas de saúde ou a desvios morais/criminais são chamadas de políticas regulatórias ou proibicionistas. Estas buscam influenciar comportamentos e decisões individuais por meio de ações mais diretas. Um exemplo seriam as leis para restringir o acesso à bebida alcóolica por razões de saúde e segurança pública, ou que proíbem total ou parcialmente a propaganda de bebidas e tabaco.

As políticas proibicionistas buscam reduzir a demanda e a procura por substâncias psicoativas e visam à abstinência total dos usuários. Segundo Fiore (2012) as ações proibicionistas se baseiam em duas premissas básicas: a primeira refere-se ao fato de que o consumo de drogas é uma prática desnecessária e nociva, o que justifica sua proibição pelo Estado. Nesta perspectiva, o uso das substâncias psicoativas é sempre prejudicial e mais cedo ou tarde trará consequências aos seus usuários. Considera-se que não existe padrão ou nível seguro para o uso, pois este provoca dependência e várias consequências sociais, portanto, o Estado deve punir quem produz, vende ou consome essas substâncias. A segunda premissa diz que a atuação ideal do Estado para combater as drogas é criminalizar sua circulação e seu consumo, e

que para isso ele deve adotar medidas para impedir a produção e comércio dessas substâncias e reprimir seus consumidores.

Durante todo o século XX, viu-se um avanço das estratégias de controle e produção de determinadas substâncias, tais como a maconha, cocaína, heroína, opiáceos, drogas sintéticas, etc. (CFP, 2013). Diante do exposto podemos identificar certa incoerência das políticas proibicionistas ao manter algumas drogas no rol das ilícitas e outras, como o álcool e tabaco, que são tão prejudiciais à saúde, como lícitas. Podemos questionar as reais motivações políticas e econômicas neste sentido.

Já as políticas de redução de danos, ainda segundo Laranjeira e Duailibi (2007), visam à redução de danos decorrentes do mau uso do álcool e outras drogas, tanto para os usuários como para o restante da população. Acredita-se na impossibilidade de suprimir a prática do uso de álcool e outras drogas nas sociedades, pois sempre estiveram presentes na história da humanidade, sendo necessárias algumas estratégias para reduzir os danos causados pelo consumo abusivo dessas substâncias. Financiamento de campanhas educativas e fornecimento de tratamento aos dependentes do álcool e outras drogas, são exemplos de políticas de redução de danos.

Segundo Andrade e outros (2001), citados por Niel e da Silveira (2008 p. 10), “Redução de Danos é uma política de saúde que se propõe a reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas”.

De modo geral podemos dizer que as estratégias que são adotadas com o objetivo de diminuir os danos e ou prejuízos na vida das pessoas que não conseguem deixar de consumir drogas, sejam lícitas ou ilícitas, fazem parte da política de Redução de Danos.

O marco inicial da Redução de Danos como estratégia de saúde pública no Brasil aconteceu na cidade de Santos- SP no ano de 1989, com a constatação de altos índices de transmissão de HIV entre os usuários de drogas injetáveis (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 154). Uma das medidas aplicadas foi distribuição gratuita de seringas para evitar a transmissão da AIDS que estava associada ao compartilhamento de agulha. A partir deste momento inicial outras ações foram desenvolvidas e estão sendo aprimoradas no decorrer do tempo, dentre elas: informações sobre os riscos de consumo de determinada substância, atendimento individual do usuário e apoio psicológico e outras.

Cabe aqui ressaltar que somente em 2003 as ações de Redução de Danos passaram a ser uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da política de Saúde Mental. Mediante há muitos impasses

políticos e sociais tem se efetivado como um novo paradigma ético, clínico e político de enfrentamento ao uso abusivo de álcool e outras drogas. (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 154).

A definição da política de Redução de Danos visa a partir do suporte do Estado, que o usuário adquira sua autonomia e constate a diferença que existe entre utilização e o abuso de drogas, para que tenha condição de decidir se deve ou não consumir afim de não comprometer sua vida cotidiana.

Tendo em vista que a abstinência não é a única solução para o problema do abuso de álcool e outras drogas, deve-se considerar o indivíduo na sua singularidade e dentro de um objetivo maior em defesa da vida. Espera-se, assim, da política de redução de danos um caminho mais promissor (MANGUEIRA et al, 2015). Segundo Andrade (2000), citado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2013):

O paradigma da redução de danos concentra-se em enfrentar de modo pragmático os problemas de saúde, sociais e econômicos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, sem avaliações morais sobre essa prática. (CFP, 2013, p. 28).

Todo o esforço deve ser feito para promover a saúde de forma integral e para que isso seja possível o Estado, através das políticas públicas, busca estratégias que garantam a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. A redução de danos é uma das estratégias que objetiva minimizar as consequências nocivas do consumo excessivo dessas substâncias psicoativas. Dentro desta atenção integral a inserção do psicólogo nas políticas públicas tem se destacado como ação favorável ao fortalecimento da Rede e promoção à saúde.

Cabe ressaltar que, na atual legislação brasileira, as estratégias da redução de danos têm caráter complementar e não substitutivo das ações regulatórias.

4 DIRETRIZES NACIONAIS E MUNICIPAIS

A Lei 8.080, aprovada em 19 de setembro de 1990, vem para regulamentar, a nível nacional, as ações e serviços de saúde, estando inclusos dentro destes os serviços aos quais cabe tratar da redução de danos do uso abusivo de álcool e outras drogas.

No que diz respeito mais especificamente das políticas nacionais sobre o álcool, temos o Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007, que diz da perspectiva de redução de danos do uso abusivo de álcool, e da associação deste com a violência e criminalidade. A lei apresenta como objetivo o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao uso do álcool, buscando contemplar a intersetorialidade e integralidade de ações para reduzir danos sociais, à saúde e à

vida que podem decorrer do consumo dessa substância. Considera, também, como previamente mencionado, as situações de violência e criminalidade associadas ao uso abusivo de bebidas alcoólicas. O referido Decreto dá as diretrizes quanto às informações e a proteção da população quanto ao consumo do álcool e outras drogas.

O Decreto nº 6.117 conta com 20 diretrizes e um conjunto de 09 medidas e seus respectivos subitens, que visam reduzir e prevenir os danos à saúde e à vida, causados pelo consumo abusivo de álcool. As diretrizes e medidas contam também com alguns itens de caráter proibicionista, com foco na ampliação da fiscalização e da restrição de espaços de consumo e venda de álcool.

Afirmadas então as leis e diretrizes nacionais que regulamentam as políticas públicas no que dizem respeito ao usuário de álcool e outras drogas, falaremos então a respeito dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). De acordo com o site do Ministério da Saúde, os (CAPS) são pontos de atenção estratégicos da RAPS – Rede de Apoio Psicossocial – intitulados pelo Ministério da Saúde como serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituídos por equipes multiprofissionais que atuam sob a ótica interdisciplinar e realizam atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2011).

Em função do aumento da demanda, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD 24 horas) – serviço específico para o cuidado, à atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas – foi instituído pela portaria do Ministério de Saúde nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Apresenta um atendimento voltado para adultos, podendo também atender crianças e adolescentes, desde que observadas às orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Os CAPS AD 24 horas oferecem atendimento à população, realizando acompanhamento clínico bem como a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os CAPS também atendem aos usuários em seus momentos de crise (Brasil 2011), podendo oferecer acolhimento noturno por um período curto de dias. Os projetos desses serviços ultrapassam sua estrutura física, em busca da rede de suporte social que possa garantir o sucesso de suas ações, preocupando-se com a pessoa, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana.

Dessa forma, o objetivo é que os CAPS atuem em todo território nacional, em cenários nos quais se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2005) e se constituem como um local de acolhimento na comunidade, de referência e de cuidado, promotor de

vida, tendo a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares.

Ainda de acordo com o site do Ministério da Saúde, os CAPS têm papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários; quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, articulando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios. A rede responsável pelo acolhimento dos usuários de álcool e outras drogas conta com diversos dispositivos, a saber: CAPS AD, Consultórios de Rua, Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Acolhimento (UA).

Especificamente no município de Belo Horizonte, o CAPS recebe o nome de CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental. O CERSAM AD, que recebe exclusivamente usuários de álcool e outras drogas, possui três unidades em Belo Horizonte. (BELO HORIZONTE, 2007).

Outro serviço ofertado no município de Belo Horizonte são as equipes de saúde móveis, conhecidas como Consultórios de Rua, nas quais há a prestação de serviço integral para a população em situação de rua, considerando as diferentes necessidades desse grupo e com a estratégia de redução de danos. Composto por uma equipe multidisciplinar de assistente social, enfermeiro e psicólogo, este trabalho caracteriza-se por ir ao encontro dos usuários de drogas nos locais de uso. Permite, também, a abordagem de diversas questões em saúde e sociais vividas pelo público atendido, através de uma escuta sem julgamento possibilitando a construção de caminhos alternativos. O trabalho desenvolvido por esses profissionais busca formular ações compartilhadas e integradas aos CAPS, às Unidades Básicas de Saúde e aos Serviços de Urgência e Emergência.

Além desses serviços já citados, em Belo Horizonte contamos com o CMT-Centro Mineiro de Toxicomania. O CMT foi o primeiro CAPS AD implantado no município e seu trabalho, além do atendimento aos usuários e familiares, é auxiliar para que estes se insiram no convívio social e contribuir para a formação dos trabalhadores do SUS na área das Toxicomanias, recebendo estagiários, residentes e visitas técnicas de estudantes. Conta com um trabalho individualizado e com a oferta de oficinas de artesanato, cultura e lazer. Após o tratamento, o usuário é encaminhado para outros grupos sociais, como escola e trabalho, de forma que permaneça inserido na sociedade e não à margem dela.

O Decreto nº 14.944 de 29 de junho de 2012 regulamenta as ações integradas de proteção ao usuário dependente de álcool e drogas no município de Belo Horizonte.

Voltando para o âmbito nacional, no dia 22 de dezembro de 2017 foi aprovada pelo Ministério da Saúde a Resolução nº 32 que estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Dentre as novas diretrizes apontadas nesta Resolução está a inclusão das Comunidades Terapêuticas ou Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) na RAPS.

O objetivo é que esta modalidade de tratamento venha fortalecer o processo de desinstitucionalização de pacientes moradores em hospitais psiquiátricos. Porém o que os serviços de inspeções e vistorias têm encontrado em muitas destas instituições é violações de direitos humanos, como privação de liberdade e condições precárias de moradia.

Mais uma vez nos deparamos com a complexidade existente na implantação de estratégias que garantam uma efetiva reabilitação e promoção à saúde entre estas pessoas dependentes de álcool e outras drogas. A partir de um diálogo mais virtuoso, sem partidos ou preconceitos entre os diversos setores Públicos, Conselhos de Classe e sociedade poderá haver um enfrentamento conjunto para o problema. Ficamos na expectativa de um avanço mesmo que no momento possa parecer um retrocesso nas medidas de tratamentos.

Com o acima exposto observa-se um investimento nos serviços substitutivos à lógica manicomial, hospitalocêntrica. Na cidade de Belo Horizonte constata-se uma rede de saúde mental em expansão em consonância as diretrizes do Ministério da Saúde quanto à integralidade e ressocialização.

5 METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada através de abordagem qualitativa uma vez que o nosso objetivo é ampliar a compreensão sobre a estratégia de Redução de Danos para o abuso de álcool e outras drogas e verificar como o trabalho é desenvolvido na Rede SUS. No que se refere à bibliografia, foram utilizados artigos publicados, livros e legislação vigente.

A pesquisa foi desenvolvida no município de Belo Horizonte/MG através da realização de 02(duas) entrevistas semiestruturadas e 01(uma) visita a campo em um CERSAM AD, localizado na região nordeste. Os sujeitos da pesquisa foram uma médica generalista atuante em um Centro de saúde (UBS), localizado na região leste, uma psicóloga e uma estagiária de psicologia que trabalham no CERSAM AD.

No CERSAM AD além da entrevista acima mencionada tivemos a oportunidade de conversar com um usuário que solicitamente nos mostrou seus trabalhos realizados durante Terapia Ocupacional, porém não analisaremos neste estudo. Destacamos este episódio apenas para demonstrar o que encontramos na prática do CERSAM AD. Além da Terapia ocupacional são desenvolvidas várias atividades no local. A equipe técnica é composta de Psicólogo, Assistente social, Enfermeira, Técnico em enfermagem, Psiquiatra, Farmacêutico, Terapeuta ocupacional e Médico clínico. Todo o trabalho é exercido por equipe multiprofissional, porém há um técnico de referência para cada usuário e através de descrições detalhadas sobre o tratamento de cada um em caderno específico e reuniões gerais de estudo de casos recebem acompanhamento por todos os profissionais.

A partir das entrevistas realizadas e revisão bibliográfica foi possível ampliar nosso conhecimento sobre o funcionamento da rede SUS em Belo Horizonte no tocante ao atendimento dos usuários abusivos de álcool e outras drogas.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como pontuado anteriormente, este estudo se propôs a discutir de que maneira o SUS através das políticas públicas planeja e assiste os usuários de álcool e outras drogas já que, como já mencionado, é dever do estado assegurar o direito à saúde em sua integralidade para todos os cidadãos. Mas o dever do Estado não exclui, contudo, o dever das pessoas, das famílias, das empresas e da sociedade. Para alcançar o êxito no trabalho com esses usuários é preciso uma colaboração de todas estas instâncias, para a realização de um trabalho em rede que possibilite uma crescente inserção deste sujeito em seu meio social.

Pudemos constatar que existe um grande esforço e dedicação no trabalho realizado por profissionais que, dentro de suas condições concretas de trabalho, fazem o possível para atender a demanda dos usuários da rede, trabalho este realizado pela Equipe de Saúde da Família.

Faremos a seguir uma breve articulação entre algumas falas das nossas entrevistadas, sendo a médica generalista (UBS), a psicóloga e estagiária (CERSAM AD) e a pesquisa bibliográfica realizada.

No atendimento médico de demanda espontânea você olha principalmente a queixa principal, pressão alta e dor de cabeça, isso você tem que olhar na hora. Mas se ele tem um histórico de etilismo, então é marcada uma consulta clínica onde ele vai ser abordado melhor. Na maioria das vezes o próprio clínico consegue conduzir com a psicóloga do centro de saúde, raramente são encaminhados para a psiquiatria se for só álcool. Se ele precisa ser acompanhado por um psiquiatra, ele é encaminhado pa-

ra a psiquiatria, para a psicologia, é feito abordagem familiar, como tem o programa de saúde da família a gente conhece essa família. (UBS)

Percebemos um trabalho conjunto da rede concernente ao atendimento, segundo a lógica do fluxo da própria rede,

O público alvo são os usuários abusivos de álcool e outras drogas que chegam ao CERSAM AD principalmente encaminhados pela família, pela UPA, pelo Centro de Saúde ou Demanda espontânea (CERSAM AD).

Quando se tem oportunidade buscamos fazer um trabalho junto como a saúde mental, psiquiatria ou CERSAM. Têm pacientes lá que são acompanhados junto com o CERSAM, faz o atendimento dia, eles passam o dia no CERSAM, mas tem casos que a unidade básica não vai dar conta. Aí o usuário vai para o CERSAM com respaldo do centro de saúde. A gente faz esta parceria com a saúde mental. Mas, normalmente antes de chegar ao CERSAM, ele passa pelo psiquiatra de referência, para ter um fluxo, ou então ele vai assim, está tão grave a situação dele dentro de casa que a própria família chama o serviço de urgência e o serviço de urgência já manda fluxo direto. (UBS)

É fato que não é possível conceber um sistema que tenha como meta garantir a atenção integral à saúde sem a incorporação da intersectorialidade na gestão e no trabalho das equipes de saúde. Para Barra e Oliveira (2016) o conceito de intersectorialidade remete ao reconhecimento do direito e garantia à população jus a melhores condições de vida pelo acesso às políticas públicas.

Nesta perspectiva há um significativo esforço pelas equipes de saúde da família que articulam com os diversos setores da sociedade: escola, família, centros comunitários dentre outros, na tentativa de efetivação da intersectorialidade em benefício e bem estar dos usuários do sistema de saúde.

Assim, o objetivo é o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, buscando contemplar a intersectorialidade e integralidade de ações para reduzir danos sociais, à saúde e à vida que podem decorrer do consumo indevido dessas substâncias.

O CERSAM AD atua na perspectiva de Redução de Danos. O objetivo é integrar o sujeito na sociedade e ajudar este paciente a reduzir o consumo da droga. É comum que o Centro de Saúde ao enviar um usuário para acompanhamento quer recebê-lo de volta em abstinência da droga, mas nem sempre isso é possível já que o trabalho do CERSAM AD é “educar, conscientizar e reduzir danos”, a abstinência seria mais uma consequência e não um fim. Outras vezes o Centro de saúde ou UPA querem encaminhar um paciente que não tem condições de ficar no CERSAM AD e este é recusado pela equipe. (CERSAM AD)

Conquanto o objetivo seja buscar a intersectorialidade, nem sempre isso acontece de maneira objetiva, como percebido também na pesquisa de Barra e Oliveira (2016), “A interse-

torialidade na Estratégia Saúde da Família em Juiz de Fora/MG”, onde o distanciamento entre a gestão e o trabalho das equipes de saúde da família se coloca como limitador para a efetivação da intersetorialidade. É necessário agrupar outros setores da sociedade a fim de promover a interação entre Governo e sociedade, em todos os seus segmentos, com ênfase na saúde pública, educação, segurança, setor produtivo, comércio, serviços e organizações não governamentais para o fortalecimento da pessoa humana e sua família na busca da promoção à saúde.

Aquela pessoa se tornou usuário, mas a deficiência familiar é geral. Então você tem que estruturar essa família, conversar, às vezes, esse usuário não vai aceitar esse tratamento. Aí se for a mãe que demanda como na maioria das vezes, você dá o suporte pra essa mãe, pra essa família (UBS).

O princípio da integralidade do sistema de saúde diz respeito aos cuidados das pessoas de forma integral, contendo ações curativas e preventivas e vislumbrando o indivíduo dentro do contexto em que vive. Este não está dissociado da sua família e nem da comunidade de pertencimento e requer que tenha seus direitos garantidos. É um grande desafio para os profissionais da rede de saúde realizar os atendimentos de forma integral, pois faltam subsídios financeiros e físicos que favoreçam as suas ações.

Embora o CERSAM AD Nordeste tenha 08 leitos, somente 02 estão sendo ocupados, por falta de funcionários. (CERSAM AD).

Não se deve perder de vista que “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País” (BRASIL, 1990), e que saúde não é somente ausência de doença, dependendo, também, dentre outros elementos, como alimentação, moradia, saneamento, trabalho, lazer etc (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009). Portanto, outro aspecto importante para nossa análise refere-se às muitas formas de vulnerabilidade social. Segundo Goldani (2002), citado por Almeida et al (2016 p.31-58), as trajetórias de vidas esperadas por grande número de famílias brasileiras, sendo educação, trabalho, promoção e segurança individual e familiar são interrompidas por causa da situação de vulnerabilidade em que vivem.

Desta forma podemos inferir que muitos jovens têm se ingressado cada vez mais cedo no mundo das drogas e no alcoolismo.

Há a questão da falta de recursos básicos dentro de casa, não estou numa comunidade que passa fome, mas que passa necessidades, então o álcool entra aí muito fácil, então, essa vulnerabilidade social é pior em todos os sentidos, para tudo, porque nessa vulnerabilidade social você tem inclusive analfabetismo, então nessa questão do analfabetismo fica difícil você conscientizar a pessoa, porque a autoestima já está baixa, ela não atende muito bem o que você está falando, ela não consegue ler uma

prescrição que você faz, toma a medicação de forma inadequada, ela é um complicador (UBS).

Existe a necessidade de políticas públicas mais eficientes que atendam estas famílias não somente no tocante a pobreza, mas que tenham acesso aos bens e serviços sociais que lhes garantam proteção. Que seus membros se tornem cidadãos autônomos e que possam circular livremente na sociedade sem estigmas e preconceitos.

Estamos em consonância com o pensamento de Carvalho (2004, p. 676), que é necessário desenvolver estratégia para direcionar a promoção de saúde a fim de “capacitar os indivíduos e coletivos para que tenham controle sobre os determinantes de saúde com o objetivo de terem uma melhor qualidade de vida”.

A interação das equipes é de suma importância para a promoção da saúde em suas várias instâncias e para assegurar a qualidade de atendimento aos usuários. Segundo Medeiros (2015 p. 1169), “a proposta de equipes de referência e do matriciamento surge em contra partida da lógica hierarquizada do SUS, buscando a cooperação entre equipes e serviços para aumentar as possibilidades de composição dos projetos terapêuticos individuais”. Mas infelizmente na prática não acontece o matriciamento de forma objetiva e recorrente, muitas vezes esporádicas, outras vezes inexistentes, trazendo prejuízo ao tratamento.

Há algum tempo atrás, existiam as reuniões que aconteciam mais esporadicamente, não mensalmente, de matriciamento, junto com o CERSAM, então o psiquiatra do CERSAM, a enfermeira que era a dupla do CERSAM que atendia a minha equipe aqui, no centro de saúde que trabalho, aí a gente até estava com estas pessoas só que isso vai diminuindo porque a demanda de serviço aumenta e isso vai se perdendo, então ainda existem algumas reuniões esporádicas e que é levado aquele caso muito crítico pra ser discutido junto com o CERSAM (UBS).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da pesquisa bibliográfica, da escuta dos profissionais da área, supervisão acadêmica e visita técnica ao CERSAM AD pudemos observar que as políticas concernentes aos cuidados necessários aos usuários da rede pública de saúde foram reformuladas de uma lógica hospitalocêntrica, curativa e prescritiva, na qual o atendimento estava centrado na doença e na hierarquia biomédica para a descentralização com atuação multiprofissional estruturada na rede básica de saúde. Com a implantação do programa da saúde da família objetiva-se um acompanhamento de perto das necessidades da população para maior controle do fluxo de demandas, de maneira a desafogar o sistema hospitalar resolvendo o problema no atendimento primário e se necessário for levá-lo a outras instâncias. Com isso se faz necessário melhorar

não somente o conhecimento da população sobre hábitos saudáveis, mas melhorar a condição de vida e acesso ao conhecimento possibilitando escolhas responsáveis.

É pouco provável que alguém deseje ser dependente de drogas. O problema não está no uso da droga em si, mas na sua representatividade, ou seja, o papel que a droga ocupa na vida da pessoa. Criminalizar o usuário de drogas, e aqui focalizando as drogas ilícitas não têm levado a nenhuma solução do problema do uso abusivo de drogas no Brasil. Porém observando a estratégia atual, na perspectiva de redução de danos, no decorrer do nosso trabalho percebemos que é muito tímida e os resultados aparentes longe dos objetivos pretendidos.

No que se refere à Política Nacional de Saúde Mental que instituiu o RAPS e que recentemente sofreu alterações em suas diretrizes, percebemos que existe opiniões divergentes entre os setores públicos e sociais exigindo um aprofundamento nas discussões e maior rigor na fiscalização.

Não podemos esperar a ação somente do Estado para o enfrentamento do problema do abuso de álcool e outras drogas é necessário o envolvimento da população em geral, principalmente daqueles que de alguma forma ocupam papéis sociais privilegiados na sociedade. Muitos profissionais da psicologia têm se comprometido em enfrentar o grave problema das drogas no Brasil, como o psicólogo Valdemar Augusto Angerami, que através de ministração de palestras e publicações sobre o tema, como no livro “Desespero e flagelo humano: parêmi-
mias da cracolândia”, onde relata um pouco da sua experiência na chamada “Cracolândia” de São Paulo.

Não se trata de criminalizar o usuário, mas de buscar compreender o sujeito que existe para além das drogas. A psicologia é a ciência que trata do sofrimento e nosso grande desafio talvez seja enxergar a pessoa, em situação de extremo sofrimento por trás de todo este estigma que está sobre o usuário álcool e outras drogas. E neste ponto reafirmamos a necessidade de um diálogo interdisciplinar onde os muitos saberes possam estabelecer metas estruturais e coerentes com a realidade do país.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. C. M; LORETO, M. D. S; TEIXEIRA, K. M. D; SILVEIRA, S. F. R. **Principais situações de vulnerabilidade social das famílias da microrregião de Ubá, MG.** Oikos: Revista Brasileira de economia doméstica, Viçosa, v. 27, n. 1, p. 31-58, 2016.

ANGERAMI, V. A. **Desespero e Flagelo Humano: parêmi-
mias da Cracolândia.** Belo Horizonte: Ed. Artesã, cap. 1, p. 19-32, 2017.

BARRA, S. A. R, OLIVEIRA, L. M. L. **A intersectorialidade na Estratégia Saúde da Família em Juiz de Fora/MG.** HU Revista, Juiz de Fora, v. 42, n. 2, p. 89-95, jul/ago 2016.

BELO HORIZONTE. 2007. Atenção Básica. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/contents.do?evento=conteudo&chPlc=25070>>. Acesso em 07 set. 2017.

BRASIL. **Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990.** Brasília: DF. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em 07 set. 2017.

BRASIL. **Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007.** Brasília: DF. 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm>. Acesso em 07 set. 2017.

BRASIL. **Decreto nº 14.944, de 29 de junho de 2012.** Belo Horizonte: MG. 2012. Disponível em: <<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1083163>>. Acesso em 07 set. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde.** Brasília 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017. **Estabelece as Diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).** Brasília, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A política do Ministério da Saúde para a atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas.** Série B. Textos Básicos de Saúde, 2003.

CARVALHO, Sérgio Resende. **As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social.** Ciências & Saúde coletiva, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para a Atuação de psicólogas (os) em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas.** Brasília: CFP, 2013.

DUAILIBI, S.; LARANJEIRA, R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcólicas. **Ver. Saúde Pública.** 2007, v. 41, n. 5, p. 839-48

FERRABOLI, C. R.; GUIMARÃES, A. N.; KOLHS, M.; GALLI, K. S. B.; GUIMARÃES, A. N.; SCHNEIDER, J. F. Alcoolismo e Dinâmica Familiar: Sentimentos Manifestos. **Cienc Cuid saúde**. 2015. Out/Dez; v. 14, n. 4, p. 1555-1563.

FIORI, M. **O lugar do Estado na questão das drogas**: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos Estudos* 92. Março/2012.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M. **A atenção Primária à Saúde**. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Cap. 16, p. 575-625. Nov/2009.

IG. **Drogas: tipos, princípio ativo e efeitos** – disponível em: <http://saude.ig.com.br/drogas/>. Acesso em: 14 de maio de 2017.

MANGUEIRA, S.O, GUIMARÃES, J.G, MANGUEIRA, J. O, FERNANDES, A. F. C, LOPES, M.V.O. Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: Revisão integrada da literatura. **Psicologia & sociedade**. 2015, v. 27, n. 1, p. 157-168

MEDEIROS, R. H. A. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, RJ. 25(4): 1165-1184, 2015.

NIEL, M; DA SILVEIRA, D. X. (Orgs). **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo, 2008. X, 98 p.

PASSOS, E. H; SOUZA T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “Guerra às Drogas”. **Psicologia & Sociedade**; v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

SENAD- Secretaria Nacional de políticas sobre drogas. **Prevenção do uso de drogas por instituições religiosas e movimentos afins** - Fé na prevenção. 3ª ed. Brasília. 2014

SENAD- Secretaria Nacional de políticas sobre drogas. **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**/ Ministério da Justiça- 5ª ed. Brasília. 2013.

TAMELINE, M. G, MONDONI, S. M. Dependência de substâncias psicoativas. **Medicina-Net**, 2009.