

Perfil dos serviços de atendimento a alcoolistas no Estado do Rio de Janeiro e a Política de Redução de Danos

SALETTE FERREIRA¹

BRUNA SOARES²

ROSA OLIVEIRA³

GABRIELA PINTO⁴

VANICE SILVA⁵

LUCIANA BECKER⁶

LÍVIA GOMES⁷

TALITA DE ARAÚJO⁸

JOÃO FERREIRA DA SILVA FILHO⁹

CARLA DE MEIS¹⁰

As estratégias da Política de Redução de Danos são ações inclusivas e foram adotadas pelo Ministério da Saúde em sua Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas (2004). A Associação Internacional de Redução de Danos define essas ações como “políticas e programas que tentam principalmente reduzir para os usuários de drogas, suas famílias e comunidades, as consequências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento” (www.ihra.net, 2006).

¹ Psicóloga, Ph.D. e professora visitante no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ).

² Psicóloga, pesquisadora no PROJAD/IPUB/UFRJ.

³ Psicóloga UFRJ, doutoranda e pesquisadora no PROJAD/IPUB/UFRJ.

⁴ Psicóloga, mestranda e pesquisadora no PROJAD/IPUB/UFRJ.

⁵ Bolsista de Iniciação Científica (PIBIC) e estagiária no PROJAD/IPUB/UFRJ.

⁶ Psicóloga, MSc. e pesquisadora no PROJAD/IPUB/UFRJ.

⁷ Psicóloga, especializanda e pesquisadora do PROJAD/IPUB/UFRJ.

⁸ Bolsista de Iniciação Científica (PIBIC) e estagiária no PROJAD/IPUB/UFRJ.

⁹ Professor Titular de Psiquiatria na UFRJ.

¹⁰ Professora Adjunta de Psiquiatria na UFRJ.

Pelo seu amplo espectro de abrangência, as estratégias de redução de danos ultrapassam a busca da abstinência como objetivo único ou privilegiado de tratamento, rompendo assim a dicotomia “redução da oferta/redução da procura”. A idéia-chave dos programas de redução de danos é oferecer maior número possível de alternativas preventivas, suporte psicossocial e promoção de saúde, tanto para os usuários quanto para suas respectivas comunidades.

As primeiras aplicações dessa política foram voltadas para a distribuição de seringas descartáveis entre os consumidores de drogas injetáveis no quadro da prevenção da Aids e hepatite. Entretanto, por mais razoáveis que pareçam as idéias que dão suporte a esse projeto, sua realização foi inúmeras vezes boicotada. Aos olhos da lei e das normas morais vigentes, esse tipo de projeto incentivaria o consumo de substâncias químicas.

Na verdade, os programas de redução de danos pretendem adotar estratégias realistas e pragmáticas. Realista porque esses programas levam em consideração o fato de que as drogas sempre existirão; pragmático porque são elaborados a partir de possibilidades concretas de atuação nessa área, sem deixar, em momento algum, de reconhecer os direitos humanos individuais e de aceitar a integridade e responsabilidade de cada sujeito (STRONACH, 2004).

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio (2001), em seu trabalho intitulado “As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde”, utiliza os conceitos de integralidade, equidade e universalidade como signos do ideário da reforma sanitária, ou seja, como signos que representam e descrevem a cidadania e a saúde como direito de todos. O autor descreve os três princípios do SUS a partir da necessidade de intervenção no âmbito da escuta aos usuários dos serviços, realizada pelas equipes médicas e de enfermagem e pelos diversos serviços que constituem uma rede de saúde.

Em seu artigo, Cecílio descreve o princípio da integralidade como “fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional” (2001, p. 115). Pensar a saúde a partir de uma visão global e multiprofissional é de grande importância para o desenvolvimento de uma rede de programas de redução de danos e de atendimento para pessoas que fazem uso prejudicial de bebidas alco-

ólicas, pois só assim poderíamos ter políticas que entendessem o consumo de drogas lícitas ou ilícitas a partir de três esferas fundamentais: biológica, social e psicológica.

A criação de uma rede baseada nas estratégias de redução de danos está diretamente relacionada à idéia de integralidade em seu sentido mais amplo, chamada por Cecílio, em seu artigo, de “integralidade ampliada”. Esse conceito aponta para a construção de uma rede institucional das várias “integralidades focalizadas”, isto é, além do trabalho multiprofissional realizado dentro de cada serviço de saúde, os próprios serviços funcionariam como uma rede integrada.

No campo da saúde mental, um dos principais pontos da construção de uma rede integrada de serviços é a variedade de atividades oferecidas. Quanto maior o cardápio de atividades, maiores são as possibilidades de acolhimento. Uma vez que estamos tratando de sujeitos complexos e diferentes entre si, somente uma rede de serviços heterogênea pode dar conta das diferenças entre os usuários.

Na clínica, as estratégias de redução de danos implicam um atendimento independente da abstinência. No senso comum isso pode significar uma redução gradual do consumo de uma substância, mas o que realmente diferencia a clínica da redução de danos das outras abordagens teóricas, na prática, é o fato de o paciente sempre poder ser atendido, mesmo quando não conseguir ou não quiser se manter em abstinência. Ou seja, enquanto algumas pessoas podem preferir se tratar em clínicas com regras rígidas de abstinência, outras vão precisar de um tempo diferente e único para deixarem de fazer uso prejudicial de drogas.

O fato de existirem diferentes modelos de atenção indica a heterogeneidade dos serviços de uma rede. É nesse ponto que o princípio da integralidade se encontra com os dos programas de redução de danos, na tentativa de construir uma rede suficientemente ampla para dar conta do maior número possível de usuários.

Há, portanto, no Brasil, um campo aberto para se pensar diversos tipos de programas de redução de danos, onde muitas coisas precisam ser modificadas, tanto com relação ao mercado de álcool quanto ao consumo do mesmo. Novas leis precisam ser formuladas, principalmente com relação a propagandas e ao consumo de álcool na mídia.

Neste trabalho, realizado em convênio com a Assessoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, buscamos realizar uma pesquisa-ação para descrever os diferentes níveis de atenção da rede de atendimento ao uso indevido de álcool no estado. Para a pesquisa, construímos um instrumento semi-estruturado que foi aplicado nas unidades partícipes dessa rede de assistência. Foram selecionados municípios do Estado do Rio de Janeiro e, em cada município, foram realizadas entrevistas com a totalidade dos serviços que compõem a rede de assistência ao alcoolismo. Além disso, organizamos *Encontros Estratégicos*, que são espaços de articulação criados por nós, para que pudéssemos divulgar as estratégias de redução de danos, assim como devolver os resultados da pesquisa para os serviços estudados.

Os dados iniciais dos primeiros municípios estudados – Paraíba do Sul, Rio das Ostras e Nova Iguaçu – mostram que os serviços para o tratamento do abuso do álcool são heterogêneos: 40% deles são públicos e vinculados ao SUS; 40% são instituições religiosas (privadas ou filantrópicas), 20% pertencem a grupos comunitários sem afiliação religiosa. Observamos também que em 40% dos serviços não-públicos o modelo teórico de tratamento era *Os Doze Passos*, que foi inicialmente criado nos EUA pelos Alcoólicos Anônimos (AA) e que agora está integrado em diversas propostas de tratamento para o álcool no país. Entre os serviços estudados: 13,2% seguiam um modelo teórico representado pelos entrevistados como sendo *médico*; 13,32% como *biopsicossocial*, 13,32% como *espiritual*; 6,66% como *psicanalítico*; 6,66% como *behaviorista*, 6,66% como o *modelo da redução de danos* e finalmente 6,6% não se identificaram a nenhuma dessas categorias. Dentre os serviços estudados, 31,25% eram ambulatoriais, 25% hospitais-dia; 25%, serviços de internação e os outros 18,75% não se adequavam a nenhuma dessas categorias. Apenas 40% dos serviços estudados desenvolviam parceria com outras instituições. Entretanto, todas as unidades desenvolviam ações informativas na sua comunidade local. Apenas 43% das instituições estudadas *conheciam* as estratégias de redução de danos do Ministério da Saúde.

Finalmente, os dados demonstram uma grande heterogeneidade entre os modelos teóricos adotados pelos serviços, oscilando de intervenções religiosas a psicanalíticas e médicas. Os dados sugerem

também certa precariedade na rede de serviços, com baixo nível de comunicação e cooperação entre eles, assim como baixa expressividade das políticas públicas, como a política de redução de danos, dentro do conjunto de serviços pesquisados.

Referências

ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE REDUÇÃO DE DANOS. Disponível em: <http://www.ihra.net>. Acesso em: 15 set. 2006.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

STRONACH, B. Álcool e redução de danos. In: BRASIL/MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora em países em transição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.