

Seminário: Drogas, Redução de Danos, Legislação e Intersetorialidade



Brasília, outubro de 2009.

O uso do crack e cocaína: contexto e estratégias de cuidados à saúde

PEDRO GABRIEL DELGADO

Coordenação de Saúde Mental
DAPES/SAS

Perguntas-Chave

- ❑ Qual é a dimensão do problema das drogas para a saúde pública ? Magnitude e complexidade
- ❑ O que deve ser esperado e exigido da saúde pública ?
- ❑ Quais são os principais obstáculos ?
- ❑ Quais são os fatores favoráveis ?
- ❑ Em que ponto estamos do percurso ?

Drogas e saúde pública: magnitude

- ❑ Uso nocivo e dependência do álcool: cada vez mais precoce, agravamento dos padrões de risco, feminização do consumo de risco
- ❑ Calmantes e inibidores do apetite: drogas legais e prescritas, consumidas abusivamente, especialmente por mulheres
- ❑ Cocaína
- ❑ Crack: mudança do padrão de consumo, alta vulnerabilidade, crianças e adolescentes, começando a invadir classes médias e faixas etárias maiores, “pânico social”
- ❑ Outras drogas: maconha, inalantes, drogas tipo-anfetamina (êxtase), anabolizantes

Drogas e saúde pública: complexidade

- ❑ Álcool – uso de risco, beber & dirigir, força da indústria e da publicidade, mudanças recentes de padrão de consumo (contraponto: consumo de cigarro decaiu, procura por tratamento da dependência vem aumentando, propaganda controlada)
- ❑ Legal vs ilegal – criminalização do consumo, o mercado ilegal da droga, as “conseqüências indesejáveis” da política mundial hegemônica (prisões, homicídios de adolescentes e jovens, marginalização), o beco sem saída da carreira da droga nas classes pobres
- ❑ O exemplo dramático do crack no Brasil: crianças na rua, vulneráveis, alta mortalidade, baixa eficácia das abordagens terapêuticas, institucionalização, violência

O que deve ser esperado e exigido da saúde pública ?

- ❑ Assunção clara da responsabilidade diante do problema – histórico de omissão, até 2003 – a questão era delegada à segurança pública, abrigos, comunidades terapêuticas
- ❑ Diretrizes claras, incorporando: evidências científicas, combate ao estigma e exclusão, respostas complexas, abrangentes e flexíveis para um desafio complexo e árduo
- ❑ Comprovar que está em marcha um processo de ampliação da cobertura: tratamento, prevenção, promoção da saúde
- ❑ Respostas efetivas, rápidas, mas sustentáveis, para os casos graves e emergenciais, que garantam de fato uma melhora da situação clínica e da vida das pessoas afetadas

Quais são os principais obstáculos para se atingir a meta da cobertura adequada ?

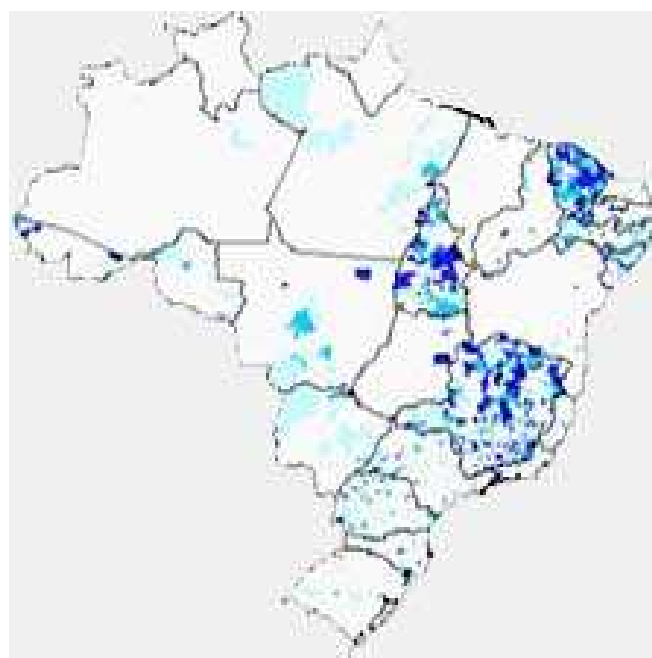
- ❑ Lacuna assistencial, iniquidades regionais
- ❑ Baixa experiência acumulada na abordagem do problema pela saúde pública
- ❑ Número insuficiente de profissionais capacitados
- ❑ Conflito aberto de modelos e ideologias quanto à melhor abordagem (exemplo: o falso dilema entre abstinência e redução de danos)
- ❑ Financiamento restrito
- ❑ Produção de conhecimento insuficiente, enviesada e elitista
- ❑ Estigma e seus efeitos no próprio sistema de saúde (exemplo: hospitais gerais)

Fatores favoráveis

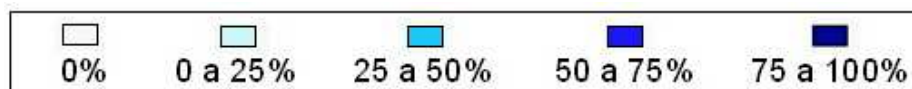
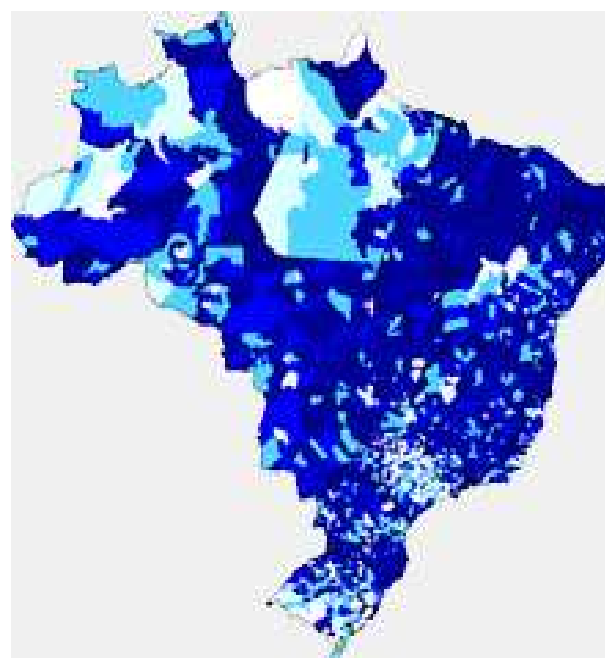
- ❑ Rede SUS – insuficiente, porém em expansão
- ❑ Mudança radical do cenário da rede de serviços de 2002-2008 : extensão e interiorização da cobertura
- ❑ Grande número de novos profissionais buscam contribuir neste campo
- ❑ Consciência de que a intersectorialidade é o caminho

Fatores favoráveis: expansão da rede de saúde da família

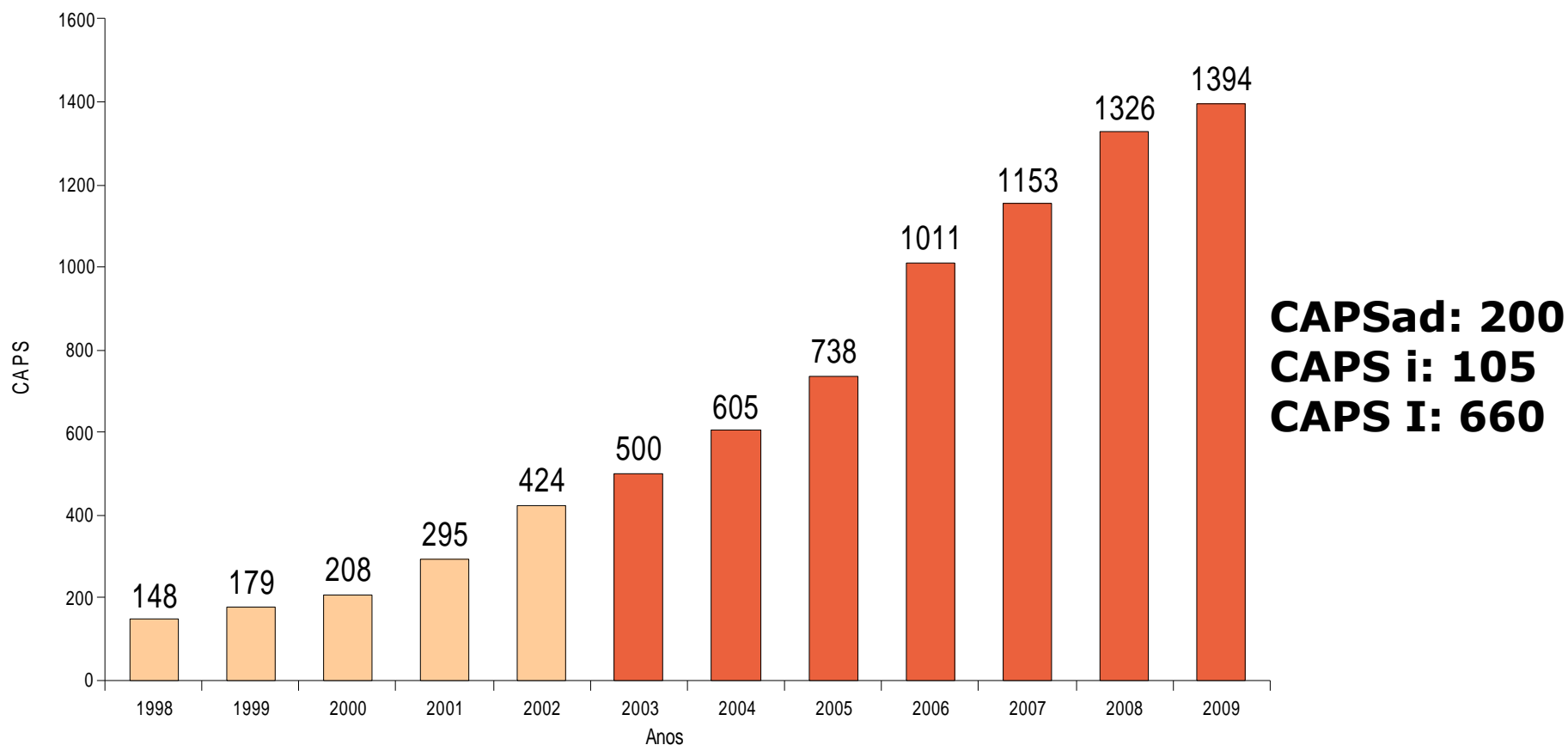
1998



junho de 2009



Fatores favoráveis: expansão dos CAPS (1998-2009)



Em que ponto estamos do percurso ?

- ❑ Agravamento do problema do crack
- ❑ Dificuldade no acesso para internação de casos graves
- ❑ Baixa eficácia na abordagem das situações de rua e grupos muito vulneráveis
- ❑ Baixa densidade na distribuição espacial das ações de redução de danos – voltar ao “romantismo dos anos 90” ou inserir de vez a RD no SUS ?

O PEAD

Por que um Plano Emergencial?

- ❑ Existência de **lacuna histórica** da saúde pública no campo das drogas;
- ❑ Complexidade da clínica das drogas pela associação com a **vulnerabilidade e estigma**;
- ❑ Mudanças do **perfil epidemiológico**;
- ❑ Necessidade de que **experiências locais exitosas** alcancem escala nacional;
- ❑ Importância de potencializar **respostas intersetoriais** efetivas e duradouras.

O PEAD – premissas

- ❑ Protagonismo da **Saúde Pública** na atenção aos usuários de drogas;
- ❑ Convocação à **intersectorialidade**;
- ❑ **Face protetora do Estado** aos segmentos vulneráveis;
- ❑ Aposta nas **ações territoriais** e na rede ampliada;
- ❑ Valorização da família e da comunidade: **construção do laço social**.

PEAD – diretrizes

- Direito ao tratamento
- Respeito aos Direitos Humanos e promoção da inclusão social
- Tratamento de eficácia comprovada
- Combate ao estigma
- Intervir nos determinantes sociais de vulnerabilidade
- Rede e território

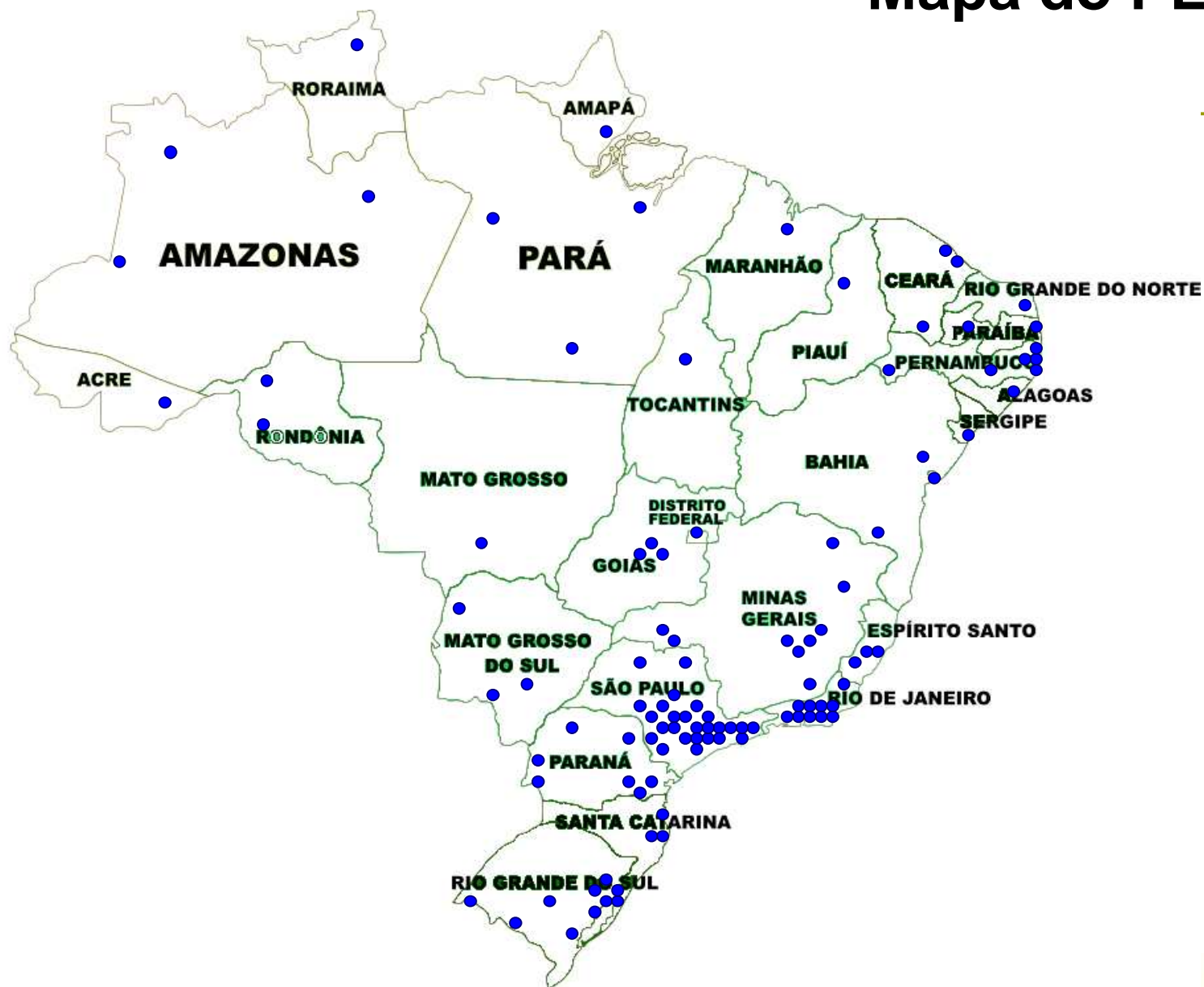
O PEAD – eixos de atuação

- ❑ Ampliação do acesso
- ❑ Qualificação dos profissionais
- ❑ Articulação intra e intersetorial
- ❑ Promoção da saúde, dos direitos e do enfrentamento do estigma

PEAD - prioridades

- ❑ 107 municípios, incluindo todas as capitais, e municípios de fronteira selecionados (41% da população brasileira);
- ❑ Segmento populacional: crianças, adolescentes e jovens em situação de grande vulnerabilidade social.

Mapa do PEAD



PEAD - impasses

- ❑ Dificuldade de ampliar leitos em HG
- ❑ Avançar com a intersectorialidade
- ❑ Qualificação e efetividade dos CAPS e da rede
- ❑ O papel das comunidades terapêuticas
- ❑ Necessidade de diversificar e flexibilizar arranjos institucionais híbridos de saúde, assistência social, direitos humanos – a “rede de proteção social”
- ❑ Criação/aperfeiçoamento de novas tecnologias de cuidado (centros de convivência, abordagem de rua)
- ❑ O debate (às vezes contencioso) com a Justiça
- ❑ O debate ideológico

Contatos

Coordenação de Saúde Mental, Álcool e
outras Drogas

Fone: (61) 3315-2313

Fax: (61) 3315-3920

Email: saudemental@saude.gov.br



Obrigado!