



Comissão Especial BEBIDAS ALCOÓLICAS

Prevenção e Tratamento

Câmara dos Deputados

7 de junho de 2011

Brasília, DF

Declaro não estar sendo financiada por qualquer indústria.
Ana Cecilia Petta Roselli Marques

Políticas para o Álcool e outras Drogas

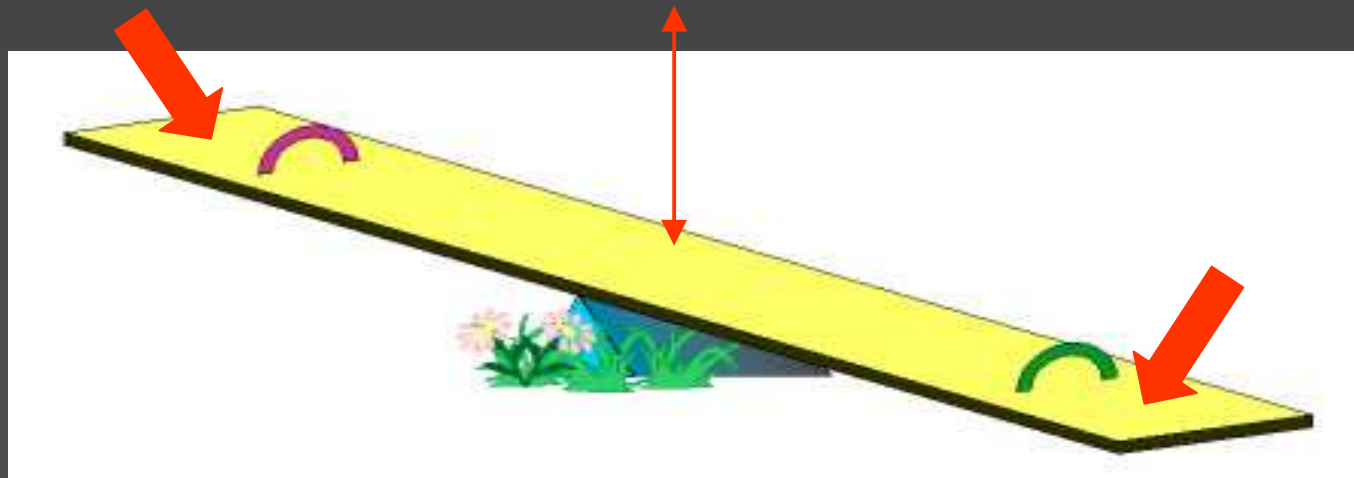
É um conjunto de estratégias que têm por objetivo promover **um balanço** entre a **redução da oferta** e da **demanda**

-controle da oferta

produção e suprimento
= leis, normas e
fiscalização

-redução da demanda

prevenção e tratamento
= comportamentos de risco
e controle social



Premissas para abordar o fenômeno das “drogas”

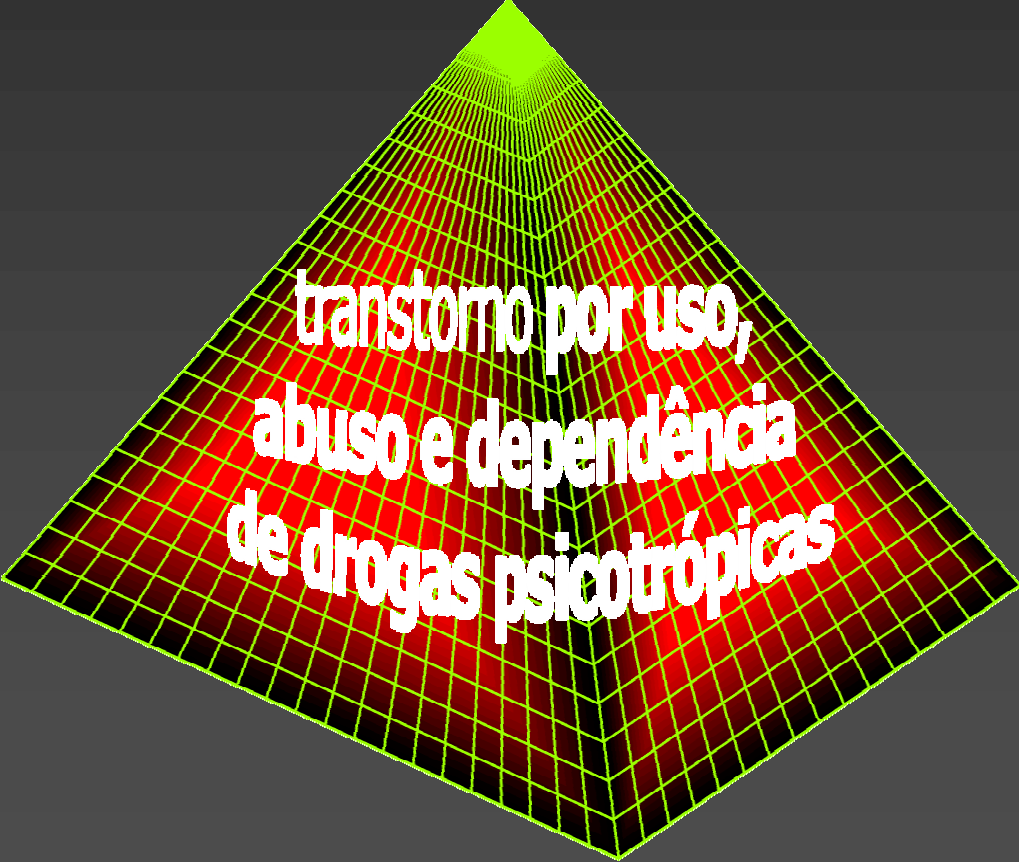
- Não existe um país, estado ou grupo social que não enfrente a interface com as drogas, pois elas acompanham o desenvolvimento do homem.
- Tais drogas não são “boas ou más”, mas até em pequenas quantidades podem produzir efeitos imprevisíveis e peculiares nos usuários, todos diferentes entre si, pois sua ação principal acontece no sistema nervoso central, em áreas responsáveis pelas emoções humanas e pela tomada de decisão.
- Cada droga tem seu perfil farmacológico (farmacocinética, farmacodinâmica, etc), seus efeitos específicos em cada indivíduo (vulnerabilidades, genética, etc), sofre a influência do contexto (ambiente, quantidade e padrão, da via de administração), entre outros aspectos ainda pouco elucidados.

Abordagem Ecológica do Ser Humano

- Indivíduo e o contexto
- Comportamentos de risco
- Demanda e suprimento de cada droga
- Epidemiologia e outros indicadores

Uso, Abuso e Dependência de Drogas

INDIVÍDUO
SUSCEPTIBILIDADE
PREDISPOSIÇÃO
PERSONALIDADE



**transtorno por uso,
abuso e dependência
de drogas psicotrópicas**

MEIO
FAMÍLIA
SOCIEDADE
CULTURA
POLÍTICA
MÍDIA

DROGAS
PSICOATIVAS
PSICOTRÓPICAS

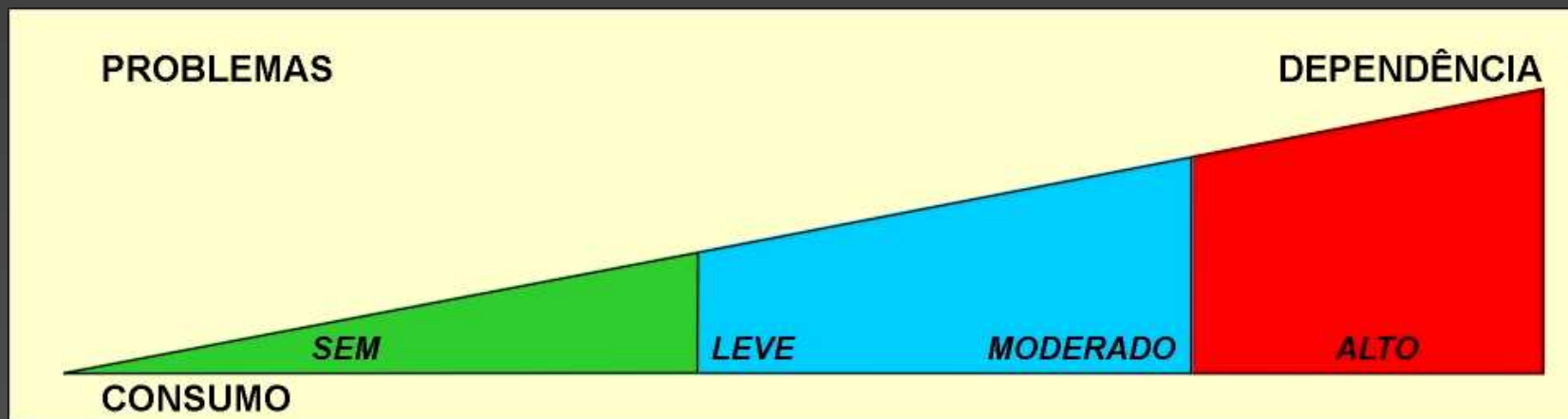
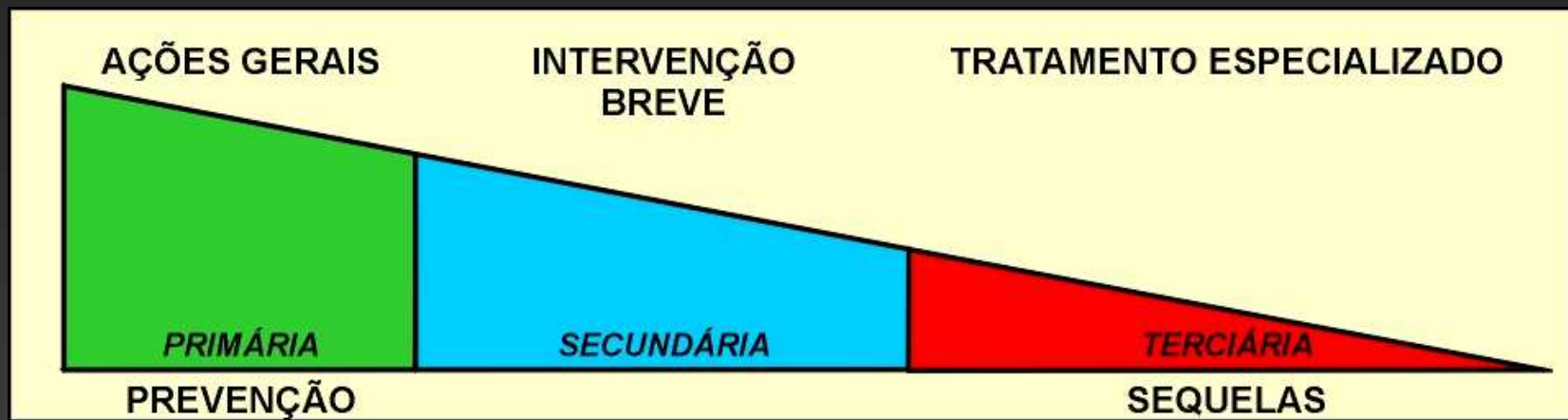
Política Preventiva

- Prevenção Universal é responsabilidade do Estado e de todas as suas instituições, de todos, pois é dirigida a todos os cidadãos nos diferentes ambientes.
- Prevenção Seletiva é aquela direcionada aos grupos de risco, como por exemplo, crianças e adolescentes, famílias desestruturadas, grupos socioeconômicos vulneráveis, mulheres, gestantes, idosos, aplicada em cada contexto.
- Prevenção Específica é aquela aplicada aos grupos que já estão consumindo drogas e por isso, podem ter problemas.

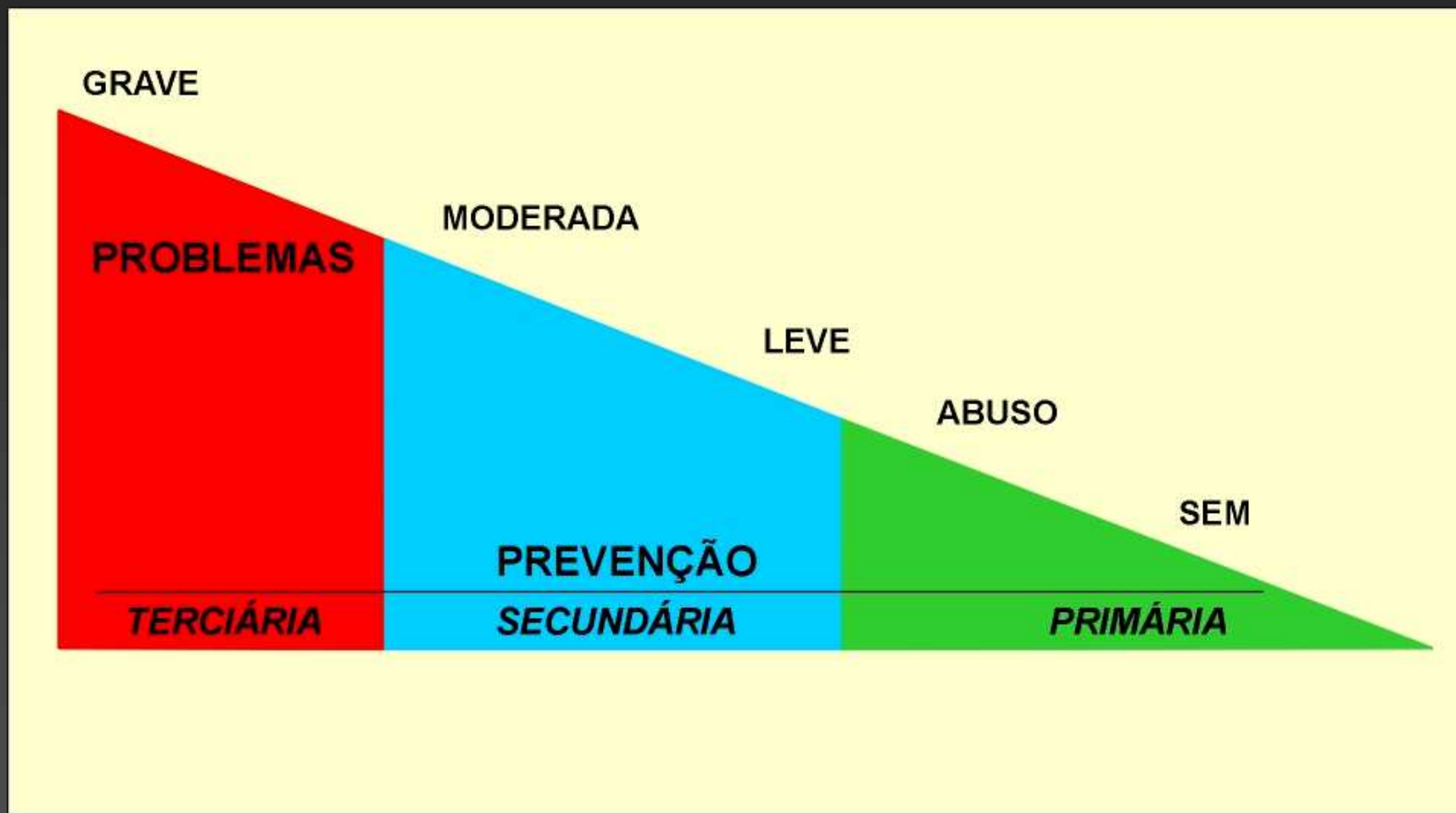
Política Preventiva: pressupostos

- **Conjunto de ações** que promove benefícios
- Uso de Álcool é um fenômeno **complexo**, biológico e psicossocial e pode desenvolver problemas, cujo impacto vai além do indivíduo
- Tem como parte essencial as ações preventivas **comunitárias**
- Ações em um **continuum**
- Ações **sustentáveis e permanentes**
- Ações baseadas em **avaliação** da necessidade, de processo e de efetividade (indicadores)

Política Preventiva



Política Preventiva no Brasil



Estratégias populares, mas inefetivas

- Educação sobre drogas nas escolas
- Poucas campanhas nacionais sobre beber e dirigir
- Pouca informação sobre outros danos
- Motoristas designados e serviços de transporte para pessoas embriagadas em festas promovidas/patrocinadas pela indústria
- Códigos definidos pela indústria, como por exemplo, as práticas a serem assumidas nos bares, ou mensagens junto às propagandas

Medidas que mudaram o *DALYS*

- Aumento do preço (Toomey & Wagenaar, 2002)
- Taxação sobre o produto/licenças para venda
- Fechamento de bares mais cedo
- Check points com bafômetro
- Banimento da Propaganda

D. Chisholm, J. Rehm, M. van Ommeren & M. Monteiro, "Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis". *Journal of Studies on Alcohol* 65:782-793, 2004

Boas Práticas

- Aumento da Idade Mínima para compra (O'Malley and Wagenaar, 1991)
- Restrição da densidade dos pontos de venda, no campus, nas vizinhanças e nas estradas (Chaloupka & Wechsler, 1996)
- Garçon treinado (Saltz and Hennessy, 1990)
- BAC mais baixo ou Zero (Hingson et al., 1996, 2000)
- Sistema gradual de obtenção da carteira de motorista para novatos e Suspensão efetiva da carteira

Resposta ao desafio preventivo no Brasil

- Fechamento dos bares mais cedo, às 23 horas, experiências de sucesso em Diadema e Paulínia (SP): redução da mortalidade e da violência em 50%, sem aumento da violência doméstica
- Pontos de checagem com bafômetro antes da Lei Seca em Diadema: encontrou 27% dos motoristas com alcoolemia acima do permitido
- Aliança Cidadã para Controle do Álcool para banimento da propaganda da UNIAD/UNIFESP
- E após a Lei Seca 11 705 de 2008, que proíbe beber e dirigir?

Política Assistencial: pressupostos

- A dependência de drogas é uma doença crônica, recorrente e complexa, que atinge o indivíduo como um todo, mas é tratável.
- Como a dependência é uma síndrome produzida por determinantes biológicos e psicossociais, e assim deve ser o tratamento, intervindo em todos os determinantes necessários para a estabilização da doença.
- Não existe tratamento único e sim, um projeto terapêutico individualizado, fundamentado nas melhores práticas, comprovadas cientificamente.
- O tratamento deve ser aplicada por uma equipe multidisciplinar.

Política Assistencial: pressupostos

- Na fase inicial do tratamento o indivíduo precisa ser submetido a um processo de desintoxicação, afim de que seja elucidado seu diagnóstico e seja planejado o seu projeto terapêutico.
- A dependência de drogas cursa com outras morbidades: em média, 50% dos dependentes apresentam transtornos mentais e de comportamento, e 60% apresentam complicações clínicas. Todas devem ser tratadas.
- A família do dependente precisa de tratamento concomitante.
- A cognição do dependente está modificada pela doença e portanto, a entrevista motivacional precisa ser aplicada continuamente ao longo de todo o tratamento.

Política Assistencial: pressupostos

- A abstinência é a meta desejável e aquela que produz um melhor desfecho.
- A “fissura” é um dos sintomas que mais dificultam a manutenção da meta e portanto, deve ser o alvo desde o início do tratamento.
- O tratamento é composto por uma fase de desintoxicação, outra de aquisição e a seguir, aplica-se a de manutenção e de seguimento, todas de igual importância.
- A intervenção comportamental é aquela que produz os melhores resultados, principalmente se associada a farmacoterapia.
- O tratamento não precisa ser voluntário para ser efetivo.

Política Assistencial: pressupostos

14. 95% dos dependentes podem ser tratados em regime ambulatorial, com bom desfecho se o tratamento disponível for baseado em evidências científicas.
- O dependente tem direito à saúde com qualidade, o que significa a assistência disponível.
 - O tratamento da dependência, como de qualquer doença crônica, deve ser prioridade de todos os governos.
 - O tratamento deve atingir as populações especiais com igualdade, universalidade, integralidade e inclusão das especificidades necessárias para a obtenção de bons resultados.
 - O direito à saúde com qualidade deve ser informado para a comunidade.

**INTERNAÇÃO
PROLONGADA**
*CLÍNICAS DE TRATAMENTO
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS*

**HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO**
PS & ENFERMARIAS

**ENFERMARIAS
DE
DESINTOXICAÇÃO**

HOSPITAL GERAL
PS & ENFERMARIAS

HOSPITAL-DIA
ÁLCOOL & DROGAS

**HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES**
PS & ENFERMARIAS

**AMBULATÓRIOS DE
ESPECIALIDADES com AD**

HOSPITAL-DIA
SAÚDE MENTAL

CENTROS DE EXCELÊNCIA
PESQUISA, ENSINO & TRATAMENTO

CAPS
ALCOOL E DROGAS

**AMBULATÓRIO
DE
SAÚDE MENTAL**

**GRUPOS DE
AUTO-AJUDA**

**MORADIA
ASSISTIDA**
ÁLCOOL & DROGAS

**UNIDADE
COMUNITÁRIA**
ÁLCOOL & DROGAS

**UNIDADE
COMUNITÁRIA
DE
SAÚDE MENTAL**

EMPRESAS

ESCOLAS

**AMBULATÓRIOS
GERAIS**

**AMBULATÓRIOS
DE
ESPECIALIDADES**

**CADEIAS
E
CARCERES**

**UNIDADES PARA
MENORES
EM CONFLITO COM A LEI**

ALBERGUES

Ambientes de tratamento

Política Assistencial

- A assistência é uma das responsabilidades do Estado e de suas instituições, cujas ações devem respeitar o SUS e a rede.
- A atenção primária deve realizar a triagem, intervir e monitorar diante de casos de uso frequente, problemático, pesado e de abuso, assim como encaminhar para tratamento especializado os usuários com risco de dependência.
- A atenção secundária deve assistir de forma especializada os casos de dependência, aplicando as melhores práticas disponíveis, aquelas baseadas em evidências científicas, e avaliando o resultado.
- A atenção terciária deve disponibilizar recursos de alta complexidade para um transtorno complexo.

Medidas que mudaram o *DALYS*

- Triagem, detecção precoce e Intervenção
Breve para bebedores pesados

D. Chisholm, J. Rehm, M. van Ommeren & M. Monteiro, "Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis". *Journal of Studies on Alcohol* 65:782-793, 2004

- Utilizar o *DALYS* brasileiro para definir políticas

O que temos?

- Ministério da Saúde cria em 2002 os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) e coloca estes serviços em posição central na assistência para AD
- Ministério da Saúde cria o comitê de especialistas em 2004 para elaborar uma Política para o Álcool, que cria diretrizes
- Avaliação dos CAPSad em São Paulo pelo CREMESP em 2010
http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/avaliacao_do_s_centros_atencao_psicossocial_caps_estado_sao_paulo_2010.pdf

Resposta ao desafio assistencial

Case:

Enfermaria especializada para o tratamento da dependência em Hospital Psiquiátrico: 70 leitos, sendo que 30 são destinados às mulheres.

UNIAD

São Bernardo do Campo

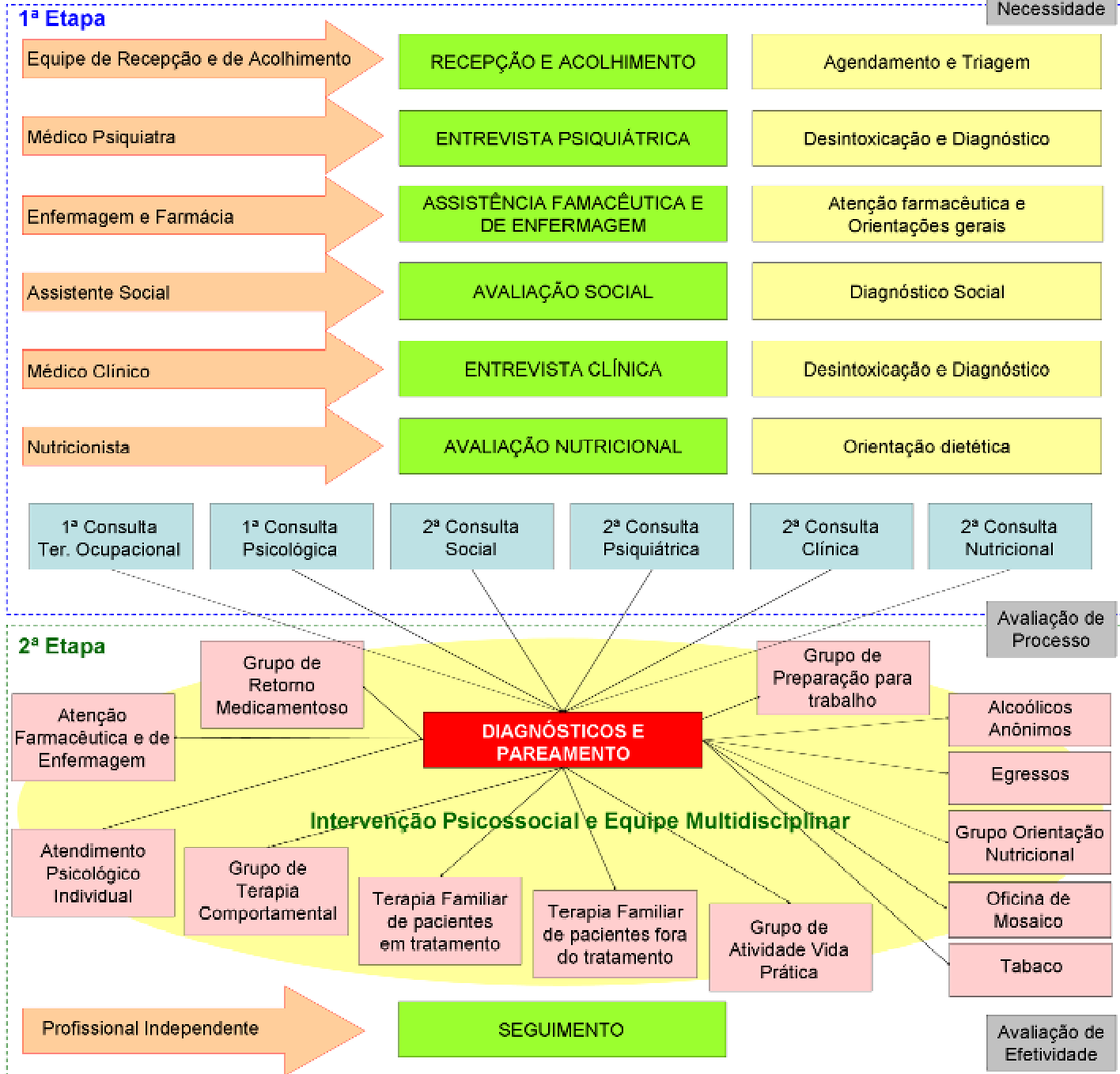


Resposta ao desafio assistencial

Case:

um modelo terapêutico de transição baseado em evidências científicas para o CAPSad

FLUXOGRAMA DO PACIENTE NO MODELO TERAPÊUTICO



Resumo Modelo Terapêutico de Transição do CAPSad Centro UNIFESP

Resposta ao desafio assistencial

Case:

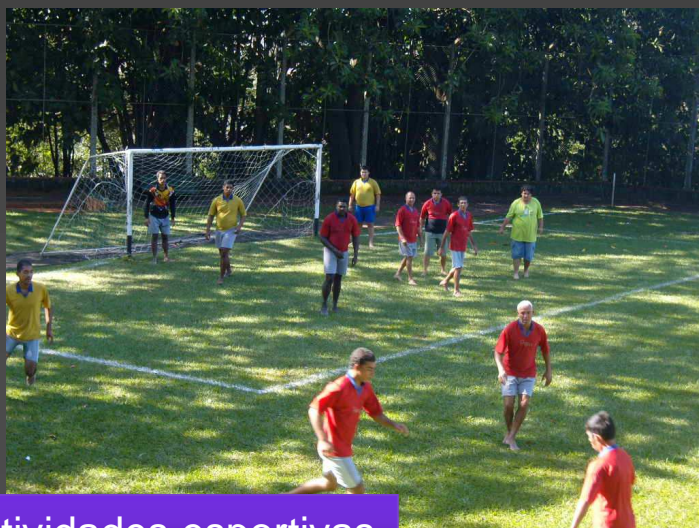
Enfermaria especializada para o tratamento da dependência em Hospital Psiquiátrico: 105 leitos, sendo 30 para mulheres, 40 para homens dependentes de álcool e 35 para adolescentes dependentes de crack



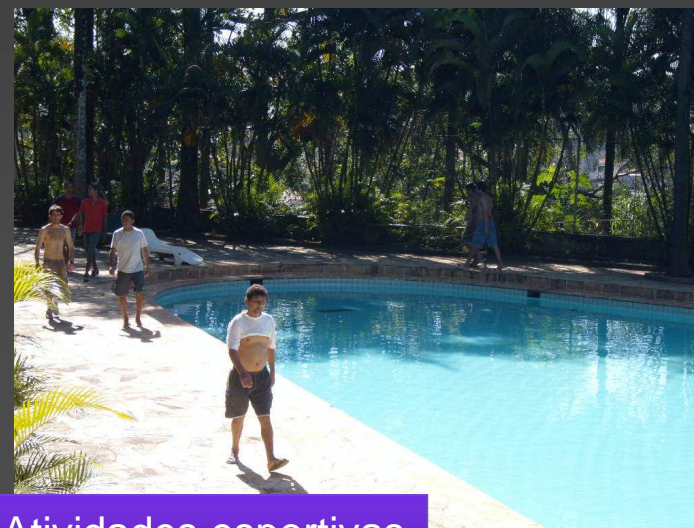
Atendimento médico



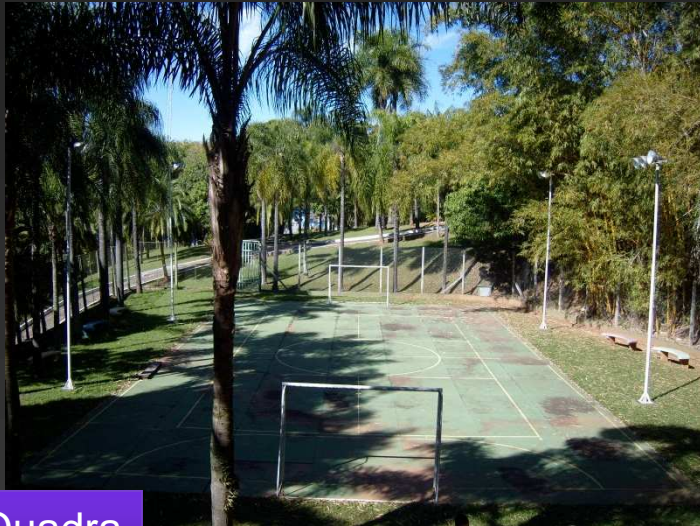
Ateliê de atividades



Atividades esportivas



Atividades esportivas



Quadra



Reunião terapêutica



Reunião com Conselheiro NA – Masc/Fem

Resposta ao desafio assistencial

Case:

Ambulatório de Especialidades em Psiquiatria

AME PSQUIATRIA



AME Psiquiatria Vila Maria

Programa para AD: os 1os dados

81% homens, sendo 65% poliusuário = 73% álcool + 20% cocaína,
sendo 52% crack, dos quais 18% foi internado + 8% maconha
70% tem outro transtorno mental, sendo 42% depressão

O modelo AME Psiquiatria

- Estratégia AME aplicada à Psiquiatria
- Departamentos de Psiquiatria (FMUSP, UNIFESP, FCM-Santa Casa, UNISA), CREMESP, MPESP
- Objetivos
 - Otimizar o atendimento a pacientes com transtornos mentais graves recém-saídos de internação
 - Complementar e fortalecer o atual sistema de atendimento em saúde mental (CAPS)
 - Referência de atendimento para pacientes com transtornos mentais atendidos em UBS, CAPS, NASF e Ceccos
 - Manter intercâmbio técnico com os Departamentos de Psiquiatria das universidades paulistanas

Política para AD no Brasil

O delineamento de uma Política para o Álcool data de 1978 com o debate sobre um programa (PRONAL) elaborado pela Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD, 1970).

CEBRID criado em 1978 com o objetivo de desenvolver levantamentos epidemiológicos, os indicadores que elucidarão o fenômeno. O trabalho de pesquisa começa em 1980 e é publicado pela primeira vez em 1984.

A ABEAD encaminha ao governo federal em 1990 o programa de “Valorização à Vida”.

Outras universidades brasileiras.

Política para AD no Brasil

O Instituto Nacional do Câncer foi criado em 1961, e partir de 1996 coordena as Políticas para o Tabaco.

A Secretaria Nacional Antidrogas é criada em 1998 e desenvolve a Política Nacional Antidrogas em 2005.

O Ministério da Saúde cria os Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas em 2002 e o comitê de especialistas em 2004, que elabora diretrizes.

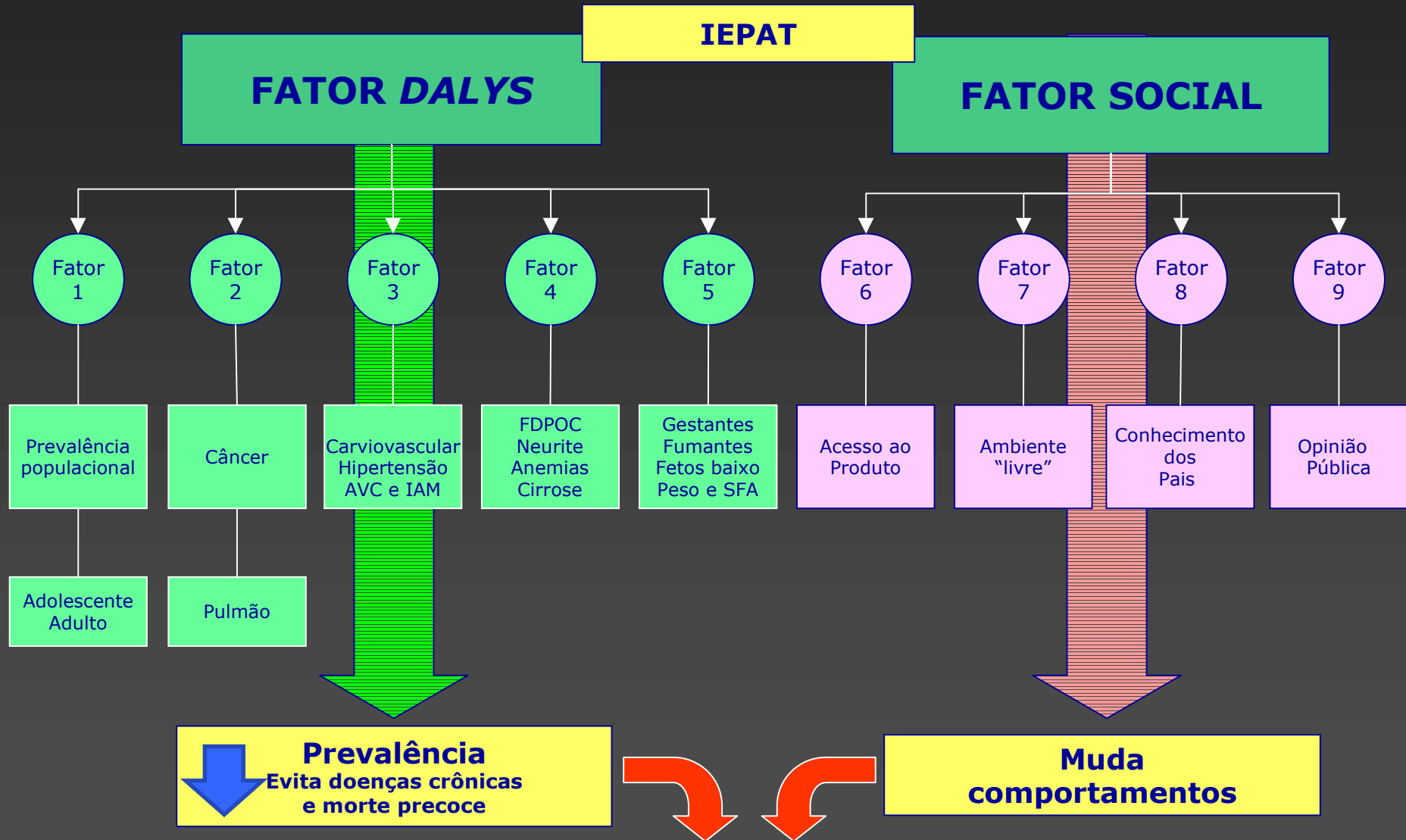
Em 2006 a UNIFESP/SENAD realizam o I Levantamento Populacional do Padrão de Beber do Brasileiro

Resposta ao desafio preventivo

Case:

a formulação de uma política
para evitar o uso de álcool e tabaco
por crianças e adolescentes

Projeto Periscópio Tarumã (SP), UNIFESP



**A estabilidade do fenômeno pode ser alcançada em 3 anos
Em 6 anos, espera-se obter a redução do fenômeno**

A revisão da Política Brasileira



Referências

- World Health Organization (2004, 2008)
- National Institute on Drug Abuse (2009)
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2009)
- American Psychiatry Association (2009)
- American Society of Addiction Medicine (2008)
- Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas
- Associação Brasileira de Psiquiatria (2009)
- Treatment Research Institute (2009)
- UN Report Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health (2008)
- McConnell et al. 2009
- Institute of Medicine (2008)
- Rieckmann et al., 2009

Obrigada!

Ana Cecilia Petta Roselli Marques

Médica Psiquiatra

Doutora em Ciências pela UNIFESP

Pesquisadora do INPAD/CNPQ

Coordenadora do Depto de Drogasdependência da APM

Membro do Conselho Consultivo da ABEAD

Coordenadora Técnica do PREVPERETZ do Colégio I.L.Peretz (SP)

Coordenadora Técnica do Projeto Periscópio Ipaussu/Tarumã/Assis (SP)

rmarq@terra.com.br