

**NOTA TÉCNICA SOBRE O ENFRENTAMENTO DO USO ABUSIVO DO
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE/SAS/SES
COORDENADORIA DE PROMOÇÃO E HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE-
COPHS/SAS/SES
(65) 3613-5415**

DANIELA SANTOS BEZERRA – PTNSSS psicóloga –
Matrícula 87857, Lotada na Unidade III do CIAPS Adauto Botelho e técnica
responsável pela Política de Enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas na
COPHS

Graduada em Psicologia pela UNESP – Assis,
Especialista em Psicologia Hospitalar em Hospital Geral pelo HCFMUSP,
Especialista em Administração Hospitalar pela FAECC UFMT,
Mestre e Doutora em Psicanálise pelo PGPSA/UERJ.
Psicanalista membro do Laço Analítico Escola de Psicanálise.

SUSANA SANDIM BORGES – PTNSSS biomédica –
Matrícula 95566, Lotada no Hemocentro/SES,
Graduada em Biomedicina pela PUC-GO, Especialista em Gestão em Saúde pela
FAECC UFMT
Especialista em Saúde Pública pelo ISC UFMT,
Mestre em Antropologia Social pela UFMT.
Pesquisadora membro Núcleo de Antropologia e Saberes Plurais – NAPplus/UFMT.

APRESENTAÇÃO

Quando a discussão trata dos problemas decorrentes do abuso de substâncias, aquilo que ganha visibilidade está focado apenas na dependência química como ligada ao funcionamento do sistema do mercado ilegal das drogas, deixando de lado inúmeras questões relativas à garantia de direitos na saúde. Neste debate não encontramos reflexões, por exemplo, acerca do fato de que o Brasil é o maior consumidor mundial de *Clonazepam* (medicamento ansiolítico cujo nome comercial mais conhecido é *Rivotril*). Segundo a IMS Health, empresa que audita o mercado farmacêutico no país, e o Boletim Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) da ANVISA (2011), foi entre 2007 e 2010 que o Brasil ganhou o topo mundial no consumo desse ansiolítico. Consta que ele vem sendo prescrito por médicos de especialidades variadas (ANVISA, SNGPC, 2011). Outra questão controversa é a prescrição em massa do *metilfenidato* (conhecido com o nome comercial de *Ritalina* ou *Concerta*) para crianças e adolescentes.

De acordo com a Nota Técnica do SNGPC da ANVISA (BRASIL, 2015), apesar do Brasil não ser o maior consumidor de metilfenidato do mundo, de 2009 para 2013 aumentou a importação desses medicamentos em 300%. Dados da ANVISA apontam para o crescimento de 21,5% na venda do metilfenidato em quatro anos – 2,2 milhões de caixas em 2010 para 2,6 milhões em 2013. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) aponta ainda para estimativas “bastante discordantes sobre a incidência do TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) em crianças e adolescentes de 0,9% a 26,8%” o que significou, no âmbito social, a medicalização da dificuldade de aprendizagem.

Em última instância, sabendo que a indústria farmacêutica, no *ranking* de expansão e lucratividade, já supera a indústria armamentista em todo o mundo, não podemos negligenciar os interesses de mercado que perpassam a legalização e a distribuição para venda livre, ou por meio de prescrição médica, de uma grande quantidade de substâncias psicoativas. Recomendamos a leitura da pesquisa realizada por Fernando Freitas e Paulo Amarante a respeito da medicalização da existência encontrada no livro “Medicalização em Psiquiatria” (2017).

Preocupando-nos com o estímulo ao consumismo, com falsas crenças e estigmatização que envolvem o tema, com a medicalização da população e com o abuso de substâncias psicoativas, das mais variadas, por parte de diferentes segmentos sociais, apresentamos esta Nota Técnica para servir à população mato-grossense como documento instrutivo às ações na área da saúde, que deverão sempre buscar a intersetorialidade, visando o desenvolvimento humano em todos os aspectos de sua vida individual e coletiva.

Como recomendação fundamental, é terminantemente incorreto atrelar o consumo de substâncias psicoativas à dependência química (termo que designa uma psicopatologia). Consideramos que o termo “dependência” deve ser problematizado e não aplicado como forma homogeneizadora de ações em saúde e utilizamos como fundamento da compreensão do complexo fenômeno da relação entre o ser humano e os objetos de consumo (drogas, compras, rituais, ideias, sexo, jogos, etc.) de Dartiu Xavier: “O que se contrapõe à dependência não é abstinência, mas sim liberdade”.

O QUE É DROGA?

Consta, em toda história da humanidade, o uso de substâncias extraídas da flora, para amenizar dores, entorpecer, remediar ou envenenar. O termo droga é extremamente abrangente, cuja etimologia é atribuída à palavra neerlandesa *droge vate*, que quer dizer “produtos secos”. Assim, para além dos medicamentos e das substâncias psicoativas usadas para recreação ou rituais religiosos, o termo droga permeia e confunde-se com toda a história de ciclos comerciais de alimentos, guerras, escravidão e fluxos migracionais entre os continentes (CARNEIRO, 2004, inédito). São consideradas drogas as substâncias que se pode ingerir, muitas vezes como alimento ou não, como bebidas alcoólicas, especiarias, tabaco, açúcar, chá, café, chocolate, mate, guaraná, ópio, quina, assim como inúmeras outras plantas e remédios (CARNEIRO, 2004, inédito). Por este parâmetro de amplo espectro, todos nós somos usuários contumazes de drogas. O tabaco, o álcool e as xantinas (chá, café e cacau) constituem um grupo de substâncias, que pelo seu carácter legal, fazem parte das nossas vidas. O seu consumo quotidiano pode levar-nos a pensar que não oferecem riscos, mas basta uma breve olhadela para os efeitos a curto e longo prazo do tabaco ou do álcool para nos darmos conta da importância dos diversos problemas que produzem.

Uma droga pode ser utilizada com diversos propósitos:

Uso recreacional: alteração proposital da consciência;

Rituais: religiosos, por exemplo, uso de enteógenos ou ervas xamânicas;

Uso terapêutico: médico-farmacológicos, por exemplo o cannabidiol;

Fuga de uma realidade: como automedicação.

Tomando como exemplo diferentes contextos e finalidades para o consumo de álcool, uma pessoa pode consumi-lo socialmente, em um encontro com amigos; durante um ritual, como é o caso do vinho, símbolo do “sangue de Cristo” na liturgia cristã; como tentativa de relaxar ou diminuir a ansiedade ao final de um dia difícil ou para não pensar em problemas pessoais de difícil resolução (fuga de uma realidade) (SILVEIRA &

DOERING-SILVEIRA, 2016). Por este parâmetro de amplo espectro, todos nós somos usuários contumazes de drogas. Neste sentido, não é correto afirmar que existam dois “mundos”: o “mundo das drogas” e o “mundo sem drogas”. Isto porque que a civilização humana cria, desenvolve formas de alterar as relações com a realidade, utilizando-se de substâncias ou outras produções sociais (arte, lazer, esporte, etc).

Entende-se como drogas ou substâncias psicoativas produtos que agem principalmente no sistema nervoso central. Alteram a função cerebral e temporariamente mudam a percepção, o humor, o comportamento e a consciência. Tais alterações subjetivas da consciência e do humor são fonte de prazer (por exemplo, a euforia) ou servem para criar uma melhora nos sentidos e estados já experimentados naturalmente (por exemplo, o aumento da concentração), ou uma mudança na perspectiva mental, podendo aumentar também a criatividade, por isso, tantos artistas e intelectuais são defensores do consumo de substâncias psicoativas.

Em termos de efeitos que as drogas podem causar no sistema nervoso central - SNC, a classificação que mais se aproxima de conceitos científicos é a de Delay e Denicker (Instituto da Droga e da Toxicodependência - Europa.eu):

- Estimulantes: estimulam o sistema nervoso central (SNC) provocando euforia, diminuição da fadiga, aumenta o desejo sexual (libido) e reduz significativamente o apetite. Após este período de "alta", a necessidade em dormir pode aumentar desproporcionalmente, interferindo na qualidade do sono. Entre as principais substâncias estimulantes (ilícitas e lícitas) encontram-se as anfetaminas, a cocaína, o crack, a cafeína e a nicotina.
- Perturbadoras ou Alucinógenas: provocam alteração do nível da consciência, do humor, da percepção da realidade e induzem alucinações (visuais, auditivas, tácteis, etc). A maioria destas drogas são adulteradas cujo fim é o lucro da venda. São exemplo de substâncias alucinógenas o haxixe, a cannabis, o LSD, o ecstasy (MDMA), os solventes ou as colas.
- Sedativas ou Depressoras: proporcionam uma sensação de relaxamento, alívio, diminuição da tensão ou controle - no Sistema Nervoso Central – SNC e diminui a percepção da dor. As substâncias depressoras incluem grande variedade de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos, analgésicos, heroína, morfina, ópio, codeína e o álcool. Dentre estas substâncias, o álcool é uma das substâncias depressoras do SNC, muito usada em forma de alimento (cerveja, vinho, licores, etc). Quando Sistema Nervoso Central está marcado pela dependência de alguma substância, por exemplo, a nicotina, o álcool pode abrir a compulsão/forte desejo para o uso da mesma. O que não significa que o sujeito irá, necessariamente, fazer uso, já que os fatores subjetivos e sociais são predominantes.

Existem, em resumo, três formas de se relacionar com as substâncias psicoativas (drogas): uso ou consumo seguro, abuso e dependência. Nem todo mundo que consome drogas é dependente e nem toda substância psicoativa tem potencial para produzir dependência química. No Brasil não existem parâmetros de limites de consumo seguro das substâncias psicoativas ilícitas, tampouco parâmetros para o porte que diferencia o uso próprio ou tráfico. O que verificamos na clínica com sujeitos que fazem uso recorrente e problemático de determinadas substâncias psicoativas é que, a partir do momento que essa condição é identificada por profissionais de saúde qualificados, dificilmente eles voltarão a ser apenas usuários ocasionais, o que será melhor detalhado no item sobre a dependência química.

O QUE É CONSUMO DE DROGAS?

A relação do sujeito com a droga possui três eixos a serem considerados: o sujeito com suas características de personalidade e singularidade biológica; a substância psicoativa (droga), com propriedades farmacológicas específicas; e o contexto sociocultural. Quando se trata de consumo é preciso considerar que existe uma relação de quem consome (sujeito) e daquilo que é consumido (objeto), ou seja, o foco em saúde mental é sempre o sujeito e não o objeto. O sujeito certamente é o mais complexo dos três elementos, ele pode ou não se tornar dependente de acordo com a relação que estabelece com a droga. A mesma substância psicoativa pode causar aversão a alguns e prazer a outros, além do que, o mesmo sujeito em uso posterior da mesma substância, pode apresentar reação diferente, de acordo com o momento de sua vida.

A maior parte dos usuários de substâncias, lícitas ou ilícitas, NÃO se torna dependente (SILVEIRA & DOERING-SILVEIRA, 2016). É importante lembrar que todos nós consumimos e eliminamos do organismo substâncias psicoativas frequentemente (café, açúcar refinado, chocolate, álcool, etc). Devemos considerar a forma de apresentação, a acessibilidade e o custo das substâncias, seus diferentes modos de uso (se ingerida, inalada, fumada, injetada), suas características farmacológicas e seus efeitos fisiológicos. Na Farmacologia, não é possível considerar apenas as propriedades de cada substância, é preciso considerar sempre a interação entre ela e aquele que a usa. Henrique Carneiro (2013, inédito) cita o farmacólogo escocês do século XVIII Willian Cullen, que descrevia o fármaco como agente que encerra em si mesmo o seu contrário, ou seja, os fármacos têm caráter ambíguo: ora são medicamentos, ora são venenos/tóxicos.

Quando o sujeito consome uma substância psicoativa, ela tem seu tempo de ação no organismo e este, após metabolizá-la, elimina a mesma pelo suor, fezes, urina, como qualquer substância ingerida ou inalada. O tempo de eliminação das substâncias (lícitas e ilícitas) varia de acordo com a forma de uso, tipo de substância, quantidade e do próprio organismo. O consumo de drogas é um emaranhado que vai além dos sentidos produzidos, atribuídos e descritos pela Psicofarmacologia. As substâncias denominadas drogas constituem o que Eduardo Vargas (2008) chama de objetos sócio-técnicos, ou seja, elas são consideradas não apenas como produtoras de alterações do SNC, mas produzem interações com o mundo social.

O QUE É ABUSO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA?

Existem diversos modos de relacionamento com as substâncias psicoativas, de forma que não é correto considerar que todo uso é patológico ou problemático. Essa constatação é válida para o uso de qualquer substância psicoativa, seja ela lícita ou ilícita; contudo, mesmo o uso ocasional não é isento de riscos – como podemos verificar, por exemplo, por meio dos numerosos casos de acidentes de trânsito causados por motoristas sob efeito do álcool. Cabe, ainda, destacar que a maior parte dos usuários de substâncias psicoativas não chega a desenvolver quadro de dependência. Porém, todo abuso de substância psicoativa provoca (enquanto houver substância na corrente sanguínea) algum tipo de alteração, muitas vezes inesperada, de estados da mente e, posteriormente, pode ocasionar reações de reabilitação (por exemplo, a ressaca) naturais ao organismo. Cada sujeito reagirá de forma singular aos efeitos do abuso de uma substância, alguns podem passar a ter aversão à mesma.

Os dados oficiais da Organização Mundial de Saúde, que doravante chamaremos OMS, demonstram que a substância psicoativa que mais se relacionou a danos à saúde

pública mundial no século XX foi o tabaco, seguido do álcool. No Brasil, o tabaco é responsável por 9% das mortes, o álcool por 3,2% delas enquanto todas as demais outras substâncias psicoativas juntas são responsáveis por 0,4% das mortes (CRPSP, 2012). A recente pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, com financiamento da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD), mostrou que a prevalência de uso regular de crack nas capitais brasileiras era de 0,8% da população adulta. Na apresentação do livro *Crack e exclusão social* (SOUZA, 2016) o Diretor de Articulação e Projetos da SENAD Leon Lobo Garcia analisa que a prevalência de uso do crack é muito distante das prevalências estimadas de dependência do álcool, que são de oito a quinze vezes maiores (BASTOS e BERTONI, 2014).

Leon Lobo Garcia (2016) evidencia, com o levantamento do perfil dos usuários regulares de crack nas cenas de uso na rua, informações de fundamental importância que deveriam orientar as políticas públicas. De acordo com esta análise, com 80% de homens na faixa dos 20 e 30 anos, fazendo uso de crack há 6,5 anos em média não é mais possível aceitar a hipótese com a qual se trabalhava anteriormente de que “o crack mata em seis meses” (BASTOS e BERTONI, 2014).

O abuso de substâncias psicoativas exige, em um primeiro momento, que o sujeito perceba o que está acontecendo e queira buscar ajuda. Nem sempre o sujeito está em condições de pedir ajuda, como é o caso de pessoas em coma alcoólico que é levado ao Pronto Atendimento hospitalar para ser desintoxicado. O protocolo de assistência prestada nas Unidades de Pronto Atendimento - UPAS é de 24 horas de observação. Se o caso necessitar de 72 horas, o suficiente nos casos de desintoxicação ou eliminação da substância do organismo, o paciente pode ser encaminhado para uma unidade hospitalar. Esse protocolo de assistência deve ser aplicado nas demais unidades de Pronto Atendimento no Estado de Mato Grosso.

O uso prejudicial de substâncias psicoativas pode ser tratado em serviço aberto, no qual a equipe de saúde traçará um modo singular de administração da própria vida, sem necessariamente exigir que o sujeito fique abstinência da droga à qual sente dificuldades para parar sozinho. É preciso tentar inicialmente a redução da substância e verificar o modo de relação que o sujeito apresenta com ela, assim como a capacidade de autocuidado e o estado emocional e as condições sociais do sujeito. Este primeiro cuidado realizado por uma equipe de saúde (não necessariamente especializada) é de fundamental importância para que o sujeito não seja estigmatizado e para que não chegue a necessitar de internação psiquiátrica no futuro.

Comorbidades psiquiátricas podem ser observadas ou não, momentâneas ou permanentes, no fenômeno do abuso de drogas. Este diagnóstico diferencial também é de fundamental importância para evitar a estigmatização do usuário. Como exemplo, pensemos em alguém que está sob efeito de abuso de LSD, apresentando alucinações por longo tempo. Não quer dizer que sejam fenômenos patológicos típicos de algum transtorno mental, e sim apenas efeito do abuso da substância. Neste caso, é importante dar acolhimento para que o sujeito se implique no que lhe aconteceu, sem que a equipe utilize o recurso de culpabilização, que poderá agravar a falta de autocuidado do usuário, como consta na Cartilha da Política Nacional de Humanização *Clínica Ampliada e Compartilhada* (BRASIL, 2009).

O QUE É DEPENDÊNCIA QUÍMICA?

O uso de substâncias psicoativas acompanha o ser humano desde os tempos mais remotos, apresentando características e significados diversos de acordo com as particularidades de cada população e com o seu momento histórico. O conjunto de sinais

e sintomas que a Psiquiatria denomina dependência química, por sua vez, é extremamente complexo e envolve uma série de fatores. A OMS considera que a dependência de drogas não pode ser definida apenas em função da quantidade e da frequência de uso. Uma pequena parcela de pessoas em uso prejudicial de drogas (álcool, remédios, substâncias ilegais, etc) passam a sofrer com o que alguns pesquisadores denominam dependência química ou dependentes de drogas. Existem protocolos balizadores para o diagnóstico de um quadro de dependência química, porém, no intuito de frisar a singularidade da questão, não será possível corroborarmos com tais protocolos, pois o diagnóstico só é realmente confirmado a partir dos sintomas de abstinência no organismo e é importante sempre apostar que o sujeito consiga reduzir ou mesmo parar o consumo de forma autônoma. Há sujeito que estão momentaneamente abusando de alguma substância como forma inconsciente de suicídio ou de demandar a atenção do outro, quadro grave que não diminui a necessidade de ajuda da equipe de saúde, mas não poderá ser simplificado no diagnóstico de “dependência química”. Identificar as causas que levaram ao quadro atual é fundamental para o diagnóstico diferencial, bem como para o Projeto Terapêutico Singular deste usuário.

De uma forma geral, são chamadas de “dependentes de drogas” pessoas com realidades individuais extremamente diversas. É importante lembrar que a dependência de drogas possui três eixos de origem: o sujeito, a droga e o contexto sociocultural (meio ambiente) no qual se realiza o encontro entre sujeito e droga. (SILVEIRA & DOERING-SILVEIRA, 2016).

No caso do álcool, por exemplo, a porcentagem de usuários que desenvolvem dependência após um período de dez anos de uso é de: 12 a 13%. E tal constatação somente pôde ser atestada a partir do quadro de Síndrome de Abstinência do Álcool apresentada pelo sujeito quando ele está sem a mesma quantidade de álcool na corrente sanguínea.

É necessário também diferenciar os aspectos FISIOLÓGICOS E EMOCIONAIS quanto à dependência:

ASPECTOS FISIOLÓGICOS

Evidencia-se pela presença de sinais e sintomas físicos que aparecem quando o sujeito interrompe o uso da droga ou diminui bruscamente a quantidade utilizada (síndrome de abstinência). Os sinais da abstinência dependem da substância que foi usada e aparece algumas horas ou dias depois do último consumo. No caso dos dependentes de álcool, por exemplo, a abstinência pode ocasionar desde simples tremor nas mãos, náuseas e vômitos, até, em casos mais graves, o chamado *delirium tremens* (alucinações e convulsões) com risco de morte. Nos casos mais graves é preciso um tratamento do organismo em conjunto, porém prioritariamente, ao tratamento específico para a dependência, já que é possível que o uso nocivo e continuado da substância tenha causado lesões (reversíveis ou não) em alguns órgãos, como o aparelho digestivo (no caso das drogas líquidas) ou respiratório (no caso de drogas aspiradas).

Substâncias que são eliminadas rapidamente do sangue desencadeiam síndromes de abstinência mais intensas (por essa razão, por exemplo, uma substância fumada ou injetada pode ter maior risco de induzir à dependência do que um produto ingerido ou aspirado).

ASPECTOS EMOCIONAIS

A relação entre sujeito e objeto tem seu início nos primeiros momentos da vida do bebê, no qual ele experimentará as chamadas “necessidades fisiológicas” que não sentia antes do nascimento. O bebê humano não nasce dotado de instinto, como os animais,

lembrando que instinto é um comportamento geneticamente transmitido para a preservação do indivíduo e da espécie. O ser humano nasce apenas dotado de alguns reflexos inatos e depende totalmente que algum ser humano adulto lhe ofereça o cuidado necessário. Portanto, todos os comportamentos humanos são desenvolvidos na relação com o mundo, mesmo que sejam valores e sentimentos inconscientes. O bebê humano também não nasce com a plena consciência de que seu corpo é uma unidade separada do mundo ao redor. A individuação ou alteridade é um processo contínuo que se dá na relação entre bebê e mundo. Como exemplo, pensemos que, a princípio, o bebê confundirá seu corpo com o corpo de quem o cuida, poderá atribuir à dor abdominal (que a mãe chamará de “fome”) com qualquer coisa horrível que o ataca por dentro e poderá confundir o leite que ele suga com o prazer absoluto jamais revivido posteriormente.

Desta forma, a relação que o bebê estabelece com o mundo, com quem o cuida, com a forma como ele toma os objetos que o satisfazem é construída de forma singular. Esta singularidade conferirá ao sujeito, pelo resto de sua vida, a particularidade como experimenta a insatisfação/satisfação, o prazer/desprazer. Por este motivo, em saúde mental, não trabalhamos com a noção de normal e patológico, pois o limite entre o que é prazeroso e o que é desprazeroso não pode ser imposto. Porém, para viver em civilização, o sujeito tenta se adaptar às convenções sociais e administrar seu próprio modo de satisfação/insatisfação. Aqui, há diversas leituras possíveis nas Ciências Humanas, o que nos convoca a sempre debater a melhor forma de intervenção quando um sujeito se percebe em sofrimento psíquico e nos pede ajuda.

Um fenômeno tipicamente humano é a COMPULSÃO, que se caracteriza pela repetição incessante de um ato ou cena, que envolve uma complexidade de fatores. Quando falamos em uso prejudicial de substâncias psicoativas podemos nos referir ao uso abusivo ou ao uso compulsivo (sem limites e repetitivo), porém, a compulsão não é um fenômeno causado pela substância, mas sim desenvolvido pelo sujeito. Muitas vezes o sujeito já apresenta um modo compulsivo de se relacionar com os objetos do mundo desde sua infância. Também é comum encontrarmos sujeitos que trocam de objeto de consumo como forma de manter seu comportamento compulsivo, por exemplo sujeitos que se submetem a uma cirurgia de redução de estômago passam a comprar ilimitadamente ou passam usar substâncias psicoativas ou ficam viciados em jogos. Outro exemplo é o de sujeitos que faziam uso compulsivo de substâncias psicoativas passam a ser fanáticos religiosos “usando compulsivamente” de sua igreja.

COMO DEVE SER A ABORDAGEM DA QUESTÃO QUANTO À PROMOÇÃO DA SAÚDE?

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) a saúde mental depende da sustentação do respeito e proteção aos direitos básicos civis, políticos, socioeconômicos e culturais. A saúde vai além da mera ausência de doenças — só é possível ter saúde quando há bem-estar físico, psíquico e social. Boa parte dos fenômenos de sofrimento psíquico não exige grandes equipamentos ou medicamentos e sim a capacidade de acolher e identificar o que está acontecendo com o usuário.

A partir da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, a forma de acolher determina o sucesso do auto-cuidado de um usuário do SUS. Segundo as orientações contidas na Cartilha “Clínica Ampliada e Compartilhada” (BRASIL, 2009) culpa e medo não são bons aliados. Quando uma equipe acredita que apenas um jeito de viver é o certo, tende a orientar o usuário a ter um tipo de comportamento ou hábito. O usuário pode encontrar dificuldade em seguir “as ordens”, ter outras prioridades ou mesmo discordar das orientações da equipe. Se esta não tiver flexibilidade, quando

percebe que o usuário não “obedeceu” às suas recomendações, é bem possível que se irrite com ele, fazendo cobranças que só fazem com que o usuário também se irrite com a equipe, num círculo vicioso pode levar à piora do estado geral do usuário. A culpa paralisa, gera resistência, além de poder humilhar. É mais produtivo tentar construir uma proposta terapêutica pactuada com o usuário e com a qual ele se corresponsabilize. O fracasso e o sucesso, dessa forma, dependerão tanto do usuário quanto da equipe e a proposta poderá ser mudada sempre que necessário (BRASIL, 2009, p. 27).

Mudar hábitos de vida nem sempre é fácil, mas pode se constituir numa oferta positiva para viver experiências novas e não significar somente uma restrição. Atividade física e mudanças alimentares podem ser prazerosas descobertas.

A abstinência à substância não pode ser considerada o objetivo principal, pois cada sujeito tem uma forma específica de se relacionar com a substância e ela pode estar sendo utilizada como forma de “auto-medicação”, em outras palavras, a droga pode estar sendo uma forma de fuga do sofrimento psíquico ou de alguma dificuldade que, com a abstinência, irá aparecer. O usuário, portanto, deve ser o protagonista de sua forma de ir adquirindo novos hábitos saudáveis e identificando seus pontos fracos no tocante ao abuso de uma substância ou mesmo alimento.

Diálogo e informação são boas ferramentas. Se o que queremos é ajudar o usuário a viver melhor, e não a torná-lo submisso à nossa proposta, não façamos das perguntas sobre a droga o centro da abordagem.

Se levamos em conta que os usuários que são considerados já dependentes químicos não conseguirão voltar a ser apenas usuários de substâncias psicoativas, pelo motivo de que perdem o controle ao usarem novamente a substância, entendemos que este usuário do SUS deverá ser acompanhado a longo prazo para haver uma construção de seu AUTO-CUIDADO. Na clínica das doenças crônicas os profissionais de saúde desenvolvem protocolos para melhorar a adesão ao tratamento, porém, nada poderá garantir que o sujeito esteja realmente implicado em seu auto-cuidado. Muitas vezes o sujeito procura o próprio dano (lembrando que o ser humano não é movido por instinto de preservação) por razões inconscientes a ele. A equipe de saúde deverá estar aberta para incluir recaídas, a não-adesão, a dificuldade em administrar a própria vida ou mesmo a procura de viver em risco que muitos sujeitos apresentam no cotidiano dos serviços.

Caso seja necessário o tratamento especializado em saúde mental, a equipe de saúde deve informar-se quanto à linha de cuidado específica, fluxos e pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (que sempre se inicia na Atenção Básica) junto à Área Técnica de Saúde Mental da SES ((65)3613-5469/5339/5340).

SÍNTESE REFLEXIVA

Esperamos alcançar com esta Nota Técnica, uma abordagem introdutória perante complexidade que o tema exige. O consumo de drogas faz parte de todas as civilizações do planeta, porém o enfrentamento do abuso das mesmas causado por questões subjetivas e sociais deve ser enfrentado pelos gestores de forma a investir na Promoção da Saúde. A saúde pública deve enfrentar essa problemática a partir de conhecimentos científicos e definições objetivas de atendimentos municipais e estaduais, visando prioritariamente a diminuição de condicionalidades e o aumento dos fatores de proteção social. Pensar e operacionalizar as atividades relacionadas ao enfrentamento do abuso de álcool e outras drogas requer investimento financeiro, planejamento técnico e político. A SES encontra-se à disposição para traçarmos juntos estratégias que levem em conta a Promoção da Saúde e a sustentação do cuidado em serviço aberto a quem já desenvolveu relação de dependência com alguma substância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEZERRA, D. S. A Clínica psicanalítica no *front* de guerra às drogas: demanda, identificação e supereu nos serviços AD, Tese de Doutorado, PGPSA UERJ, julho de 2018.

BORGES, S. S. *Entre ruas, pedras e sujeitos uma etnografia sobre o Crack por trajetos cuiabanos*, Dissertação de Mestrado, PPGAS UFMT, setembro de 2019.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei 10.216/2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em 30 de junho de 2016.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, *Álcool e Redução de Danos - uma abordagem inovadora para países em transição*, 1.^a edição, traduzida e ampliada, Série F. Comunicação e Educação em Saúde, Brasília, 2001.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Executiva Coordenação Nacional de DST e AIDS, *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas*, Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília – DF, 2003.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial* – Série F. Comunicação e Educação em Saúde, Brasília/DF, 2004.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, *Álcool e Redução de Danos – Uma abordagem inovadora para países em transição*, Série F. Comunicação e Educação em Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, *Clínica Ampliada e Compartilhada*, Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília – DF, 2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Comitê Gestor do Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas. *Edital de processo seletivo que destina apoio financeiro a projetos de utilização de leitos de acolhimento por usuários de crack e outras drogas em Comunidades Terapêuticas*, conforme o estabelecido no decreto n.7.179, de 20 de maio de 2010. set. 2010.

_____. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Relatório final da 4a Conferência Nacional de Saúde Mental, Intersetorial*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica*. Brasília: jan. 2011.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília. 2011a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. *Resolução da Diretoria Colegiada n.29*, de 30 de junho de 2011b.

_____. SENADO FEDERAL. *Médicos contestam comunidades terapêuticas. Em Discussão*, ano 2, n.8, p.64- 65. 2011. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/NOTICIAS/JORNAL/EMDISCUSSAO/dependencia-quimica.aspx>>. Acesso em: 28 ago. 2012.

_____. ANVISA, SNGPC, *Boletim de Farmacoepidemiologia*, vol. 2, Ano 1, jul/dez, 2011.

_____. GOVERNO FEDERAL. *Crack, é possível vencer*. 2012. Disponível em:

<<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/artigos>>. Acesso em: 26 jun. 2016.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE *Observatório Crack, é possível vencer. Comunidades terapêuticas*. Brasília. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidadeaterapeuticas.html>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANVISA, Nota Técnica 2015, Disponível em: <<http://medicalizacao.org.br/tag/anvisa/>>, <http://medicalizacao.org.br/wp-content/uploads/2015/06/NotaTecnicaForumnet_v2.pdf>. Acesso em: 31 de jul de 2016.

_____. Diário Oficial da União. República Federativa Do Brasil Imprensa Nacional Brasília - DF Nº 190 – DOU de 03/10/17 – Seção 1 – Suplemento - p.61 Ministério Da Saúde Gabinete do Ministro Portaria De Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017.

_____. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA NACIONAL. *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, Atualização* - Junho de 2016, Brasília: 2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, *Clínica Ampliada e Compartilhada*, Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília – DF, 2009.

_____. Conselho Federal de Psicologia, Comissão Nacional de Direitos Humanos CFP, *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*, 2ª Edição H, Brasília-DF, 2011.

_____. CFP, *Debate on Line: Antiproibicionismo: por que precisamos mudar as políticas sobre drogas no Brasil e no mundo*. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=HLGE5_J_aZ8&list=PLnzjy4Y6S0COipl6xDPGpzrmYPe0SBGTA&index=15, acesso em 30 de junho de 2016.

_____. CFP, “Carta de Bauru” in: <http://site.cfp.org.br/psicologia-presente-30-anos-carta-de-bauru/>, 13/11/2017, acesso em 5 de abril de 2018.

CARNEIRO, H. S. *Congresso Internacional sobre drogas. Lei, Saúde e Sociedade*. “Conferência de Abertura”, 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=BG0PDtjDQwo>>. Acesso em 31 de jul de 2016.

_____. “Bebidas alcoólicas e outras drogas da época moderna. Economia e embriaguez do século XVI ao XVIII”, 2004. Disponível em: http://www.neip.info/downloads/t_henrique_historia.pdf. Acesso em 20 de julho de 2016.

CARVALHO, A. M. T. de: “Trabalho e higiene mental: processo de produção discursiva do campo no Brasil” in: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, VI (1): 133-56, mar.-jun., 1999.

D’ELIA FILHO, O.Z. *Acionistas do nada: quem são os traficantes de drogas*, 3ª edição, Rio de Janeiro: Editora Revan, 2015.

DIEHL, A., LARANJEIRA, R., CARNEIRO, D. C. C. e cols. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*, São Paulo: Ed. Artmed, 2011.

ELIA, L. & NICODEMOS, J. C. “Análise crítica das políticas públicas brasileiras de saúde mental em uma perspectiva histórica” in: SOUZA, Â. C. et al. (org.) in: *Entre pedras e fissuras a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil*, São Paulo: Editora Hucitec, 2016.

FERREIRA, P. S. & LUIZ, M. A. V. “Percebendo as facilidades e dificuldades na implantação de serviços abertos em álcool e drogas” in: *Texto & Contexto Enfermagem*, vol. 13, núm. 2, abril-junho, 2004, pp. 209-216

FOUCAULT, M. *A verdade e as formas jurídicas* [1973]. Rio de Janeiro: PUC RJ e Nau Editora, 2001.

