

## **Desassistência ao dependente químico e a política do Ministério da Saúde**

Muita esperança foi criada com a aprovação recente da Lei n. 11.343/2006 que estabelece novo arcabouço jurídico para lidar com o usuário de substâncias ilícitas. Ela trouxe alguns poucos avanços, dentre eles a despenalização do usuário e maiores penas para os traficantes. No entanto a esperança termina quando pensamos sobre a realidade dos milhões de brasileiros que fazem uso de álcool e drogas e necessitam de ajuda. Essa nova lei, assim como a anterior, é cheia de boas intenções mas não muda a realidade.

A política do Ministério da Saúde para a prevenção e tratamento dos dependentes químicos tem sido de omissão no atacado e desorientação no varejo. Não se trata de uma crítica a esse governo que está terminando, pois essa mesma equipe está nessa função há quase 10 anos. No atacado, não temos nada que mais remotamente poderíamos chamar de uma política, com os respectivos recursos, para enfrentarmos os desafios da prevenção e tratamento.

### **PREVENÇÃO**

Especificamente na prevenção não é possível encontrar nenhum programa financiado pelo governo federal que inove e traga alguma expectativa de impacto do ponto de vista da saúde pública. Não temos uma política de desestímulo ao consumo de álcool pelos jovens. Não temos programas preventivos nas escolas. Não temos programas de apoio ao adolescente em situação de risco, como aqueles que abandonaram a escola, ou que tiveram algum problema com a lei. Não temos programas de apoio às famílias que tenham alguém com problemas com álcool e drogas antes de precisarem de tratamento psiquiátrico. Quando conversamos com professores e pais, sentimos o desamparo. A comunidade busca compensar a falta de apoio. Indivíduos, instituições tentam os mais diferentes programas que eventualmente teriam algum efeito preventivo. Mas são esforços com efeitos incertos, pois carecem de consistência técnica e incertezas quanto a continuidade por falta de dinheiro. Não vamos progredir somente com o voluntarismo e os esforços isolados. Precisamos de direção e fonte constante de financiamento. Os poucos programas de prevenção que existem, financiados pelo Ministério da Saúde, adotam a política de Redução de Danos. Um exemplo é fornecer cachimbos “seguros” para usuários de crack. Esse tipo de ação, que não tem evidência nenhuma que funcione, é o que recebe mais recursos públicos.

O exemplo mais lamentável da falta de visão do Ministério da Saúde na prevenção foi a participação no ano passado do Brasil na reunião da Organização Mundial da Saúde (World Health Assembly) onde foi discutido a busca de uma política mundial para o álcool. A equipe que representou o Brasil, chefiada pelo Dr. Pedro Delgado, posicionou-se e votou contra o aumento do preço de bebidas alcoólicas como medida preventiva. Essa é uma das medidas mais eficazes para diminuir o consumo do álcool, já testada em dezenas de países. Seria especialmente válida como política no Brasil, onde um litro de pinga custa menos do que meio dólar. Essa atitude brasileira, que envergonha a tradição da saúde pública no nosso país, passará para a história como um dos piores momentos dessa equipe frente ao ministério.

## TRATAMENTO

Se na prevenção não temos nada, e é justo dizer que nunca houve nada, na área de tratamento estamos pior do que antes. Dados do próprio SUS, compilados pela Associação Brasileira de Psiquiatria, mostram que o dinheiro para a saúde mental no geral diminuiu 60% do orçamento da saúde. Essa economia ocorreu porque fechamos 80.000 leitos psiquiátricos, e restam somente 40.000 leitos abertos que são muito mal remunerados e oferecem uma assistência de péssima qualidade para a população. Temos menos leitos psiquiátricos do que países como a Itália, que promoveram verdadeira guerra contra a internação para o doente mental. Não houve a apropriada ampliação da rede de assistência psiquiátrica ao dependente químico. Foram criados em todo o país cerca de 80 CAPS- Álcool e Drogas, todos com profissionais com pouco treinamento, baixo número de atendimentos, e sem programas específicos para lidar com os pacientes mais graves (alcoólatras com dano cerebral, comorbidade psiquiátrica, usuários de drogas desorganizados e com baixa aderência, etc).

Sáímos de uma assistência baseada no hospital de péssima qualidade e fomos para uma assistência ambulatorial ridiculamente insuficiente e de péssima qualidade. A única possibilidade de tratamento por internação são as 2000 comunidades terapêuticas que não recebem dinheiro do SUS e acabam padecendo dos mesmos males dos hospitais psiquiátricos remanescentes, que são a falta de recursos para capacitação dos profissionais e melhoria da assistência e uma desconexão do restante da rede de assistência médica.

Desconsidera-se que as pessoas que ficam dependentes de alguma substância padecem de uma doença chamada Dependência Química. Essa doença provoca imenso sofrimento a milhões de brasileiros, que acabam tendo como opção de tratamento os grupos de Auto Ajuda como Alcoólicos Anônimos, Amor Exigente, entre outros. Como exemplo o Amor Exigente possui mais de 1.000 grupos espalhados pelo Brasil que atendem 80.000 famílias por semana, sem receber nenhum incentivo do governo.

Especificamente no tratamento psiquiátrico do dependente químico temos uma situação de completa desassistência. Não temos programas para a identificação da comorbidade psiquiátrica ao dependente químico. Não temos programas para o tratamento psiquiátrico sistematizado dessa doença. Não temos locais para desintoxicação médica. Não temos locais para reabilitação psicossocial. Não temos programas para os adolescentes usuários de drogas. Os pacientes ficam completamente sem orientação e sem oportunidades de recuperação. Existe uma completa negação da dependência química como uma doença que requer formas de tratamento que vá dos programas de saúde da família, passando pelos ambulatórios de especialidade e chegando aos vários tipos de internação que poderia beneficiar milhares de brasileiros.

### A prática da política de drogas

O que chama a atenção, além da falta de política na prevenção e no tratamento, é a forma como essa equipe lida com a discussão das políticas com os demais profissionais. Temos dois exemplos que ilustram os motivos que nos levam a desconfiar da ética dessa equipe. No ano de 2005 a Política Nacional Anti Drogas (PNAD) buscava um realinhamento. Foram feitos 5 fóruns regionais (regiões: sul, sudeste, nordeste, norte e centro-oeste) onde mais de 2.000 profissionais participaram no processo e discutiram os mais variados aspectos da PNAD. Ao final desse processo, houve uma

reunião nacional, paga com o dinheiro do contribuinte, onde mais de 1000 pessoas, inclusive o presidente da república, participaram e aprovaram a nova ênfase da PNAD. Apesar de ser um documento bem balanceado e bem completo o Ministério da Saúde sistematicamente ignora essa política, fazendo a sua própria política particular, sem o apoio desses milhares de profissionais que gastaram horas das suas vidas discutindo a melhor política para o Brasil.

Outro exemplo foi o ocorrido também no ano passado. O governo brasileiro gastou U\$ 300.000 na organização da Primeira Conferência Panamericana de Políticas Públicas do Álcool, onde 27 países foram representados. Foi uma excelente conferência e que chegou a seis recomendações:

1. Prevenir e reduzir os danos relacionados ao consumo de álcool sejam considerados uma prioridade de saúde pública para ações por parte de todos os países da região das Américas.
2. Estratégias regionais e nacionais sejam desenvolvidas, incorporando um elenco culturalmente apropriado de políticas baseadas em evidências, a fim de reduzir os danos relacionados consumo do álcool.
3. Essas estratégias sejam apoiadas por melhores sistemas de informação e por mais estudos científicos sobre o impacto do álcool e os efeitos das políticas de álcool nos contextos nacionais e culturais dos países das Américas.
4. Uma rede regional de pontos focais nacionais, nomeados pelos Estados Membros das Américas, seja criada com a cooperação técnica e o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde, para trabalhar para a redução dos danos relacionados ao consumo de álcool.
5. Políticas baseadas em evidência sejam implementadas e avaliadas por todos os países das Américas.
6. Áreas prioritárias de ação incluem: ocasiões quando se bebe excessivamente, o consumo geral da população, mulheres (inclusive mulheres grávidas), populações indígenas, jovens, outras populações vulneráveis, violência, lesões intencionais e não intencionais, consumo de álcool por menores de idade e transtornos relacionados ao uso de álcool.

O MS, após um ano dessa Carta de Brasília, ativamente ignora a implementação dessas recomendações. Adotando a mesma prática da PNAD, quando as políticas aprovadas por profissionais independentes não são do agrado da ideologia da equipe, elas são simplesmente ignoradas.

Para que a esperança deixe de ser um sentimento ingênuo e passe a ser uma resposta de uma sociedade democrática e amadurecida precisamos: 1 – de um Ministério da Saúde com compromisso com a saúde pública na área de álcool e drogas; 2 - que tenhamos um plano preventivo de longo prazo com fonte clara de financiamento compatível com a dimensão do problema; 3 – que as ações preventivas sejam baseadas em evidências científicas e não na visão ideológica do ministério; 4 – que seja um direito de toda família brasileira, que tenha algum dependente químico, receber as melhores orientações e tratamento disponível.

Professor Doutor Ronaldo Laranjeira

Professor de Psiquiatria da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo)