

POLÍTICAS DE SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, LEGISLAÇÃO E O TRABALHO DESENVOLVIDO NOS CAPS

HEALTH POLICIES TO FACE THE USE OF ALCOHOL AND OTHER DRUGS, LEGISLATION AND WORK DEVELOPED IN THE CAPS

Dayana Goulart Elias¹
Larissa de Abreu Queiroz²

RESUMO

O movimento de Reforma Psiquiátrica, as legislações vigentes, como as Leis 10.216/2001 e 11.343/2006 a Portaria nº 3.088/2011 e a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras drogas (PAIUAD) junto com as Estratégias de Redução de Danos foram importantes marcos para ampliação do modelo de atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas. Sabe-se que na prática dos serviços de saúde, muitas vezes ainda são utilizadas internações psiquiátricas e exigida a abstinência para efetividade do tratamento. Este estudo teve como objetivo conhecer como as políticas para o enfrentamento do consumo de álcool e outras drogas estão sendo executadas nos serviços de saúde mental e como tem sido ofertado o tratamento a esses indivíduos. Para tanto, foram reunidas legislações nacionais, políticas e estratégias para lidar com o uso de álcool e outras drogas e artigos científicos para discutir criticamente essa questão. Percebeu-se que é necessário fortalecer o movimento de Reforma Psiquiátrica e também a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras drogas, pensando em estratégias direcionadas para promoção de saúde, para redução de danos e cuidado qualificado. Isso ainda não tem ocorrido muitas vezes por conta do estigma sobre o usuário e também pela falta de capacitação dos profissionais. Cada indivíduo deve ser observado como um todo, não somente pela droga que consome, entendendo que é um cidadão com direito à saúde e à autonomia.

Palavra chave: Psiquiatria; Lei; Redução de Danos.

ABSTRACT

Psychiatric Reform movement, current legislation, such as Laws 10,216/2001 and 11,343/2006, Administrative Rule no. 3,088/2011 and the Policy of Integral Attention to the Users of Alcohol and Other Drugs (PAIUAD), together with the Harm Reduction Strategies were important points in order to expand the health care model for alcohol users and other drugs. It is known that with the practice of health services, psychiatric hospitalizations are often used and abstinence is required for an effective treatment. This study aimed to understand the policies for coping with the consumption of alcohol and other drugs are being performed in mental health services and how the treatment has been offered to these individuals. To this end, national legislations, policies and strategies have been brought together to deal with the use of alcohol and other drugs and scientific articles to discuss critically this issue. It was noticed that it is necessary to strengthen Psychiatric Reform movement and also the policy of integral attention to the users of alcohol and other drugs, thinking about strategies aimed at health promotion, harm reduction and qualified care. This has not happened many times because of the stigma over the user and also because of the lack of professional training. Each individual should be observed as a whole, not only by the drug that they consume, understanding that they are citizens with the right to health and autonomy.

Keyword: Psychiatry; Law; Harm Reduction.

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde Mental pela Universidade do Extremo Sul Catarinense. E-mail: dayanag27@hotmail.com.

² Psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: larissadeabreuq@gmail.com.

1. INTRODUÇÃO

O termo droga pode ser referido para indicar medicamentos ou remédios com propriedades terapêuticas e a substâncias que são capazes de causar dependência e/ou abuso. No Brasil, a Lei nº 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas (SISNAD), define como droga as substâncias ou produtos capazes de causar dependência (BRASIL, 2006).

Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1993) afirma que droga é toda substância natural ou sintética que introduzida no organismo vivo, pode modificar uma ou mais de suas funções, podendo ser estimulantes, depressoras ou perturbadoras do Sistema Nervoso Central.

O uso de álcool e outras drogas estiveram presentes em toda a história da humanidade para fins ritualísticos, recreativos e medicinais. Segundo Relatório Mundial Sobre Drogas do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), em 2015 cerca de 250 milhões de pessoas usavam drogas no mundo. Dessas, cerca de 29,5 milhões de pessoas – ou 0,6% da população adulta apresentou transtornos relacionados ao uso de substância psicoativo, incluindo dependência (UNODC, 2015).

Com a Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, foi instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com o objetivo de ampliação do acesso e qualificação dos serviços de saúde prestados às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Sabe-se que a saúde no Brasil é um direito assegurado constitucionalmente com base em princípios como universalidade, equidade e integralidade e tem-se, com a perspectiva da RAPS, a manutenção de avanços sociais anteriormente já assegurados por meio da organização de uma Rede em serviços comunitários que funcionam de maneira integrada para atender os usuários. Esses serviços estão divididos em: Unidade Básica de Saúde, Consultórios na Rua, CAPS, Serviços de Urgência e Emergência, Residenciais de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar e Serviços de Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2011).

A implantação do CAPS AD tem como objetivo o tratamento dos problemas decorrentes ao uso de álcool e outras drogas, serviço no qual os usuários são acompanhados por uma equipe multidisciplinar formada por médico psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social, técnico de enfermagem, terapeuta ocupacional, artesã, educador físico, entre outros. A proposta é oferecer um tratamento integrado para melhor atendimento do usuário dependente de álcool e outras drogas, com o propósito de diminuição ou a melhora/cura dos sintomas, inserção social, vínculo com familiares.

Ocorre que, apesar do que é preconizado pela atual Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras drogas e de todas as conquistas realizadas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, alguns serviços de saúde mental não têm cumprido com os preceitos vigentes ao exigir que os usuários de drogas permaneçam em abstinência e utilizar as internações psiquiátricas como intervenção prioritária no tratamento. Dessa forma, a Redução de Danos fica em segundo plano e a exclusão dos usuários parece ser solução para a questão do uso de drogas, o que vai na contramão da reestruturação da assistência em saúde mental.

Este estudo se justifica por entender a importância de discutir e refletir sobre a evasão dos usuários de álcool e outras drogas do CAPS, contribuindo desta forma para a reflexão da importância do tratamento ao usuário respeitando suas especificidades, necessidade do fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a elaboração de ações que visem a qualificação dos profissionais do serviço.

Para melhor compreender essa questão, este estudo teve como objetivo conhecer como as políticas para o enfrentamento do consumo de álcool e outras drogas estão sendo executadas nos serviços de saúde mental e como tem sido ofertado o tratamento a esses indivíduos.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória com abordagem qualitativa que reuniu legislações nacionais, políticas e estratégias para lidar com o uso de álcool e outras drogas e artigos científicos para discutir criticamente essa questão.

Primeiramente foram elencadas como relevantes para este estudo as Leis

10.216/2001 e 11.343/2006, a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras drogas (PAIUAD) e as Estratégias de Redução de Danos.

Alguns artigos científicos e livros foram utilizados para discorrer sobre essa primeira etapa e, posteriormente, para discutir sobre a forma como os CAPS vêm ofertando o tratamento aos usuários, compreendendo se há ou não compatibilidade entre o que é preconizado e exigido pelas políticas e pela legislação e o que é efetivamente realizado nos dispositivos da rede de saúde mental.

3. LEI 10.216/2001

O projeto que culminou na aprovação da Lei 10.216 em 6 de abril de 2001, foi criado em 1989 pelo Deputado Paulo Delgado com o intuito de defender e proteger o direito das pessoas com transtornos mentais, porém somente no ano de 2001 entrou efetivamente em vigor na forma da legislação federal.

Essa lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, sendo criada em defesa aos indivíduos com transtorno psiquiátricos para que pudessem voltar ao convívio da sociedade em vez de serem institucionalizados. A proposta é que essas pessoas sejam assistidas dentro de seu meio social pelos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), SRT (Serviços de Residenciais Terapêuticos), e outros serviços que substituem o modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde mental (BRASIL, 2001).

Essa nova forma de tratamento propõe a desinstitucionalização, ou seja, se opõe às instituições de longa permanência para pacientes com transtornos mentais, já que anteriormente essas pessoas permaneciam longos períodos internadas em manicômios, excluídas do convívio social. Dessa forma, permite as internações psiquiátricas diante de situações que não obtiveram êxito em meio comunitário e diante de crises e risco para a pessoa e terceiros; ainda sim, indica que essas sejam realizadas em Hospitais Gerais e que sejam de curta duração (BRASIL, 2001; PITTA, 2011).

Essa importante conquista advinda com a Lei 10.216 modificou todo o modelo de atendimento à saúde mental e é considerado um marco do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro. Este foi justamente um processo de luta comandado pelos

profissionais de saúde, indivíduos com transtornos mentais, familiares, universidades para que existisse uma liberdade terapêutica, com equidade de acesso, direitos de cidadania e acesso às políticas de saúde (PITTA, 2011).

4. POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A atual Política Nacional do Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas foi oficialmente instituída por meio da Portaria nº 2.197/GM, em 14 de outubro de 2004, a qual redefiniu e ampliou a atenção aos usuários de substâncias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

Com sua formulação, admite-se o atraso histórico de inserção do uso e/ou dependência do álcool e outras drogas na agenda da saúde pública e afirma-se a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em garantir atenção especializada aos usuários, a qual era realizada predominantemente por instituições não governamentais, como as comunidades terapêuticas e os grupos de autoajuda e de ajuda mútua (ALVES, 2009).

As diretrizes da política preconizam a construção de uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas a partir da implementação de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), os quais promovem a articulação necessária entre os mais variados dispositivos comunitários sociais e de saúde para a integralidade da atenção e inclusão social de usuários e familiares (ALVES, 2009).

Além disso, o documento aponta que as práticas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas deve apresentar embasamento na concepção ampliada de redução de danos, a qual será abordada posteriormente nesse trabalho, e também no compromisso com os direitos de cidadania dos indivíduos (ALVES, 2009).

Algumas importantes atividades e funções dos CAPS AD são: prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, oferecendo cuidados personalizados; oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, de acordo com a necessidade do usuário garantindo que eles recebam atenção e acolhimento; oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem; oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;

promover esclarecimento e educação da população, reinserção social dos usuários, utilizando recursos intersetoriais; trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo; trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante preventivo/educativo (RONZANI; MOTA, 2010).

Considerando a complexidade que envolve atividades de cunho o consumo de drogas é necessário que seja tratado por diferentes áreas: saúde, justiça, educação, social em prol de elaborar estratégias para que mais usuários acessem e se beneficiem do tratamento ofertado pelo sistema de saúde (BRASIL, 2003).

5. LEI 11.343/2006

A Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006 instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD) prescreveu medidas para prevenção do uso abusivo, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de substâncias psicoativas; estabeleceu normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; definiu crimes, além de dar outras providências (BRASIL, 2006).

A principal transformação a partir dessa lei foi a definição das diferenças entre a figura do traficante e a do usuário/dependente utilizando a compreensão de que esses últimos não devem ser penalizados pela justiça com a privação de liberdade (BRASIL, 2011).

Apesar do porte de drogas continuar caracterizado como crime, usuários e dependentes estarão sujeitos a medidas sócio educativas a fim de refletirem sobre o consumo de substâncias em vez de serem encarcerados. As chamadas penas alternativas podem ser: advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviços à comunidade em locais/programas que se ocupem da prevenção/recuperação de usuários e dependentes de drogas; medida educativa de comparecimento à programa ou curso educativo (BRASIL, 2011; DUARTE; DALBOSCO, 2014).

Já para os traficantes, está previsto o aumento do tempo de prisão e estes continuam sendo julgados pelas varas criminais comuns (BRASIL, 2011).

6. REDUÇÃO DE DANOS E USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Em 1989, na cidade de Santos, Estado de São Paulo, foi adotada o Programa de Redução de Danos diante de altos índices de HIV em usuários de drogas injetáveis. Foi implantada, então, para a prevenção da transmissão do HIV por meio do programa de troca de seringas (PTSs), não necessitando, dessa forma, da abstinência para promover saúde e prevenir doenças (PASSOS, 2011).

Quando começou a ser implantado o PRD, ainda havia baixa adesão por parte dos usuários, pois os mesmos não se dirigiam até os serviços de saúde para a realização da troca de seringas. Então, os redutores de danos começaram a ir até os locais de uso, o que possibilitou vivenciar a realidade daqueles indivíduos e compreender o verdadeiro perfil de pessoas que estavam sendo incluídas naquelas ações (ANDRADE, 2011). “Tarcisio Matos de Andrade, 2011”.

Neste momento, nascia, então, no Brasil a Redução de danos, baseada nos modelos Europeus os quais tinham como objetivo realizar a troca de seringas a cada administração da droga injetável e promover o não-compartilhamento de seringas. Diante dessa nova estratégia, ocorreu repúdio de alguns setores da sociedade, que além de discriminarem os usuários de drogas, ainda transferiram esse sentimento aos colaboradores do PRD com o argumento de que tais ações seriam um incentivo ao consumo de drogas (LINDNER; SIQUEIRA, 2011).

No ano de 2003, a Redução de Danos deixa de ser utilizada exclusivamente pelo programa DST/AIDS e passa a se tornar uma estratégia da Política de Atenção Integral do Ministério da Saúde, a qual já foi descrita anteriormente (PASSOS, 2011).

A Redução de Danos vê o indivíduo como um todo, com igualdade, sem discriminar ou inferiorizar, mas construindo o cuidado e o tratamento em conjunto com o usuário de drogas (ANDRADE, 2011). Não tem a abstinência como premissa principal e admite que talvez o indivíduo não deixe de usar a droga e por isso tenta reduzir o consumo, transferir para outra droga ou via menos prejudicial à saúde, sempre visando melhor qualidade de vida do indivíduo e redução dos riscos e danos. Utiliza para o seu trabalho três importantes princípios: pragmatismo, a tolerância e a diversidade (LINDNER; SIQUEIRA, 2011).

Dessa forma, entende-se que a Redução de Danos não tem a intenção de

contradizer a justiça, a psiquiatria ou os dogmas religiosos, mas de oferecer um meio mais digno de vida e tratamento ao usuário de drogas, retirando o estigma de doente e criminoso. Isso porque essa forma de abordagem não impõe a interrupção imediata do uso, mas tem como objetivo mostrar ao indivíduo a direção do cuidado de si e de sua saúde, fazendo o que é possível para ele naquele determinado momento (PASSOS, 2011).

A RD busca aumentar a qualidade de vida do usuário de drogas por meio da diminuição do uso, da substituição de drogas e métodos menos agressivos. Algumas estratégias podem ser utilizadas, como por exemplo: substituir crack por maconha, ou uma droga via injetável por inalável, trocas essas que seriam menos prejudicial à saúde e que não deixam de lado a autonomia e escolha do indivíduo (PASSOS, 2011).

7. A ABSTINÊNCIA, O PRECONCEITO E A EXCLUSÃO

A psiquiatria e o judiciário têm seus conflitos quando se refere às condutas que devem ser tomadas diante do consumo de álcool e outras drogas, comumente vendo o usuário como criminoso ou paciente acometido por uma doença incurável. Dessa forma, as estratégias acabam se limitando ao encarceramento ou à internação em hospital psiquiátrico ou em outras instituições fechadas (PASSOS, 2011).

Ao longo da história, a ideia equivocada e a articulação deficitária entre esses dois poderes ao colocar o usuário de substâncias psicoativas como perigosos ou doentes, acabaram dificultando e descredibilizando a implantação da redução de danos no país, bem como o tratamento das pessoas em meio aberto e comunitário (PASSOS, 2011).

A moral cristã comumente acredita na reabilitação a qual ocorre quando o usuário fica trancado em Comunidades Terapêuticas religiosas, pois além de serem considerados loucos e criminosos, muitas vezes acredita-se que existe um mal que os atormenta. Nesses locais, além dos indivíduos permanecerem internados cerca de 9 meses, abstinência ainda é utilizada como única forma de tratamento (PASSOS, 2011).

A procura tardia pelos serviços de saúde, tanto por parte do usuário, quanto da família, relaciona-se com o estigma e o preconceito por parte da sociedade. Na maioria das vezes, os familiares não se corresponsabilizam pela situação daquele indivíduo,

culpabilizando-o inteiramente pela condição em que se encontra. Nesse sentido, é muito importante que os profissionais de saúde envolvam também a família no tratamento e fiquem atentos aos seus próprios preconceitos com relação ao uso de drogas. O olhar para esse indivíduo deve ser humanizado, sem julgamentos; e por isso destaca-se aqui a necessidade de formação continuada para os profissionais que recebem diariamente estes usuários em seus locais de trabalho (LINDNER; SIQUEIRA, 2011).

8. O ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL

A política de atenção ao uso e abuso de álcool e outras drogas, assim como aquela dirigida ao transtorno mental e psiquiátrico, teve historicamente uma assistência permeada de estigma e preconceito, com formas de tratamento inadequadas, exclusão familiar, moralidade social, associação ao ócio e à criminalidade. Durante muitos anos, as intervenções utilizadas foram repetidas internações psiquiátricas que em nada ajudavam já que havia descontinuidade da assistência extramuros (AZEVEDO; MIRANDA, 2010).

Nesse sentido, percebe-se que a mudança da ideia do usuário de drogas de doente para cidadão de direitos ainda não está concretizada, pois requer modificação também no campo da moral para o campo da saúde mental. É comum responsabilizar o indivíduo por essa “conduta”, sendo justificada a exclusão, as internações fechadas ou a prisão (MORAES, 2008).

A noção de que usuários de drogas são doentes ou marginais, são contrárias ao fortalecimento da organização social dos mesmos, a qual é indicada nos documentos que orientam as ações de promoção da saúde. Além disso, um tratamento cujo objetivo é direcionado apenas à meta da abstinência é a expressão máxima de que alguém, além de poder se ajustar e “purificar”, necessita disso para ser aceito socialmente. Há, dessa forma, rejeição à abordagem da redução de danos, talvez até pela falta de compreensão de que ela não se opõe à abstinência (MORAES, 2008).

Com relação aos documentos oficiais, é importante ressaltar que a Política Nacional de Humanização, a qual preconiza a ampliação da atenção integral à saúde e a intersetorialidade, e também a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e

outras Drogas, enfatizam os direitos à saúde de qualidade, porém por estarem ainda em processo de implantação, podem ir de encontro a práticas pertencentes a outros paradigmas de atenção. Esses paradigmas estão debruçados em modelos hegemônicos de atenção à saúde e o processo de mudança e desconstrução dos mesmos usualmente leva um tempo maior do que a publicação de portarias ou documentos (MORAES, 2008).

O estudo de Moraes (2008) apontou que duas Unidades Básicas de Saúde investigadas percebem que o modelo descrito nas Políticas de Atenção Integral ainda não faz parte do cotidiano dos profissionais. A concepção do usuário de drogas como doente, a falta de percepção da saúde como um direito e a dúvida no que diz respeito à forma de aproximação do profissional sobre o usuário são alguns dos aspectos que divergem nesse sentido.

Já Gonçalves e Tavares (2007) apontam que a experiência com o atendimento dos usuários de álcool e drogas coloca o profissional de enfermagem frente a inúmeros desafios, os quais merecem ser elencados aqui. Primeiramente, são impulsionados a trabalhar numa perspectiva diferente daquela aprendida na formação acadêmica que, de maneira geral, é altamente prescritiva e centrada na doença. Em segundo lugar, precisam enfrentar a sua própria ansiedade, insegurança, preconceito e até falta de capacitação para atender o usuário de álcool e drogas. O terceiro desafio é realizar atividades baseadas em políticas ministeriais que ainda não estão totalmente consolidadas e que, muitas vezes, não são valorizadas pelos gestores locais; o que leva ao quarto desafio: criar protocolos de atendimento que permitam o monitoramento e avaliação de ações de enfermagem desenvolvidas junto ao usuário de álcool e drogas na região. Por fim, trabalhar em equipe e em rede, de forma a assegurar a integralidade da assistência torna-se mais um desafio encontrado na prática dos atendimentos.

Entende-se que o reconhecimento do processo saúde-doença mental do indivíduo, não mais centrado naquilo que se considera patológico, permite que o usuário de álcool e outras drogas seja percebido de outra maneira. Os CAPSad configuram-se como os equipamentos de saúde mental capazes de impulsionar o cuidado centrado na reabilitação psicossocial do usuário e sua família, reunindo esforços nos espaços comunitários por meio de um processo de trabalho e cuidado em

saúde caracterizado pelo acolhimento, atenção integral, humanização, vínculo e corresponsabilização (AZEVEDO; MIRANDA, 2010).

Na pesquisa realizada por Azevedo e Miranda (2010) os familiares de usuários de um CAPSad referiram mudanças significativas de melhorias na forma de tratar o seu familiar, não mais amparada no tratamento manicomial ou na exigência da abstinência. Eles identificaram que o tratamento recebido beneficia substancialmente as condições de vida e de saúde do usuário e nas relações familiares.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para obter resultados positivos no tratamento do usuário de drogas, é necessário pensar em estratégias direcionadas para promoção de saúde, para redução de danos e cuidado qualificado. Cada indivíduo deve ser observado como um todo, não somente pela droga que consome, mas pela pessoa que é; só assim será possível construir um plano terapêutico adequado às suas necessidades.

O preparo de profissionais para atuar junto a esta clientela deva ocorrer em toda a rede de saúde. Esta capacitação deve privilegiar uma abordagem transversal e interdisciplinar dos problemas vivenciados em cada local de trabalho, pois, quando ocorre uma aprendizagem significativa, os técnicos atuam de forma mais criativa e engajada.

É importante que no contato com usuários de drogas seja promovida uma atenção à saúde integral, justa e humanizada, que rompa com práticas pautadas na psiquiatria tradicional e na percepção de que os “desviantes” devem ser controlados em hospitais, com medicamentos e exigências de comportamentos.

Para que isso ocorra, as políticas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas e as conquistas do movimento de Reforma Psiquiátrica não podem ser negligenciadas, mas devem ser cumpridas em sua totalidade nos serviços de saúde, o que ainda não tem ocorrido por conta do estigma sobre o usuário e também pela falta de capacitação dos profissionais.

REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2009, vol. 25, n.11, pp.2309-2319.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F.A.N. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** jan-mar; v.14, n.1, 2010, p. 56-63.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Legislação em Saúde Mental. Brasília, 2001.

_____. **Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD. Prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília, 2006.

_____. **Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004.** Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.

_____. 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.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de nº 3088/GM, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

LINDNER, L.; SIQUEIRA, D. Redução de Danos: Como foi? O que é possível? O que é preciso? In: SOUZA, A. C. et al (Org). **Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil.** 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

PASSOS, E. H. Redução de danos e saúde pública: construção alternativa à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, n. 23, v.1, p.154-162. 2011.

GONÇALVES, S. S. P. M.; TAVARES, C. M. M. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra-hospitalares. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v.11, n. 4. p. 586 – 92. 2007.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p.121-133, 2008.

RONZANI, T. M.; MOTA, D.C.B. **Módulo III - Políticas e Legislação.** Unidade 12 -

Políticas de saúde para a atenção integral a usuários de drogas. In: BRASIL. Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 3 ed, Brasília: Presidência da República. Secretária Nacional de Políticas Sobre Drogas – SENAD, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições** Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Tradução: Dorgival Caetano, 1ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 69-82, 1993.

PITA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica: Instituições, Atores e Política. **Ciência e Saúde Coletiva**, p.4579-4589,2011.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **Relatório Mundial Sobre Drogas** 2015.

Recebido em: 17/01/2018.

Aprovado em: 25/04/2018.