



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



50º CONSELHO DIRETOR 62ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 27 de setembro a 1º de outubro de 2010

Tema 4.14 da agenda provisória

CD50/18, Rev. 1 (Port.)
9 de setembro de 2010
ORIGINAL: INGLÊS

ESTRATÉGIA SOBRE O USO DE SUBSTÂNCIAS E SAÚDE PÚBLICA

Introdução

1. Este documento propõe uma estratégia regional de saúde pública para responder aos problemas de saúde associados ao uso das substâncias¹ psicoativas nas Américas. Um enfoque de saúde pública para os transtornos causados pelo uso de substâncias abrange a prevenção, intervenção precoce, redução de consequências adversas do uso de substâncias, tratamento, reabilitação, reintegração social e administração de sistemas de saúde. Este enfoque visa a promoção da saúde e do bem-estar social de indivíduos, famílias e comunidades. Também leva em consideração a epidemiologia do uso de substâncias nas populações em que é tanto epidêmico como endêmico. Ao reduzir a demanda das substâncias psicoativas através da prevenção com base científica e medidas de tratamento (1), o enfoque de saúde pública complementa os esforços de controle da oferta e as intervenções da justiça penal correlatas.

2. A estratégia compreende cinco áreas de ação: formulação de políticas nacionais e alocação de recursos; promoção da prevenção universal; intervenção precoce, sistemas de atenção e tratamento; pesquisa, acompanhamento e avaliação; e desenvolvimento de parcerias estratégicas. Essa estratégia complementa a Estratégia e Plano de Ação da OPAS para a Saúde Mental (Documento CD49/11),² adotados pelo Conselho Diretor em

¹ As substâncias psicoativas, mais comumente conhecidas como medicamentos psicoativos, são substâncias que têm a capacidade alterar a consciência, estado de ânimo e processos de raciocínio do indivíduo. As substâncias psicoativas atuam sobre os mecanismos do cérebro que normalmente regulam as funções de estado de ânimo, pensamento e motivação. Neste documento, a ênfase será dada aos hipnóticos e calmantes, opióides, canábis, cocaína, anfetaminas e outros estimulantes, alucinógenos e inalantes psicoativos. O álcool e a nicotina (em produtos derivados do tabaco) não estão incluídos porque fazem parte de outras estratégias.

² Disponível em:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2623&Itemid=

2009 (Resolução CD49.R17),³ e a estratégia continental de medicamentos adotada pela Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas da Organização dos Estados Americanos (OEA/CICAD) em maio de 2010.⁴

Antecedentes

3. Em resposta ao crescente ônus da morbidade atribuível ao uso de substâncias na Região, os Estados Membros apoiaram várias resoluções e estratégias com o intuito de reduzir o impacto de substâncias específicas, como o tabaco (Documentos CD48/12 [2008], WHA56.1 [2003], WHA61/14 [2008]) e o álcool (Documentos WHA58.26 [2005], WHA61.4 [2008], WHA63.13 [2010]). Os Estados Membros também reconheceram a necessidade de tratar a questão no contexto de preocupações com saúde mais amplas, como HIV/AIDS (Documentos CD45/11 [2004], CD46/20 [2005], WHA63.19 [2010]), saúde dos adolescentes (Documento CD48/8 [2008]), segurança viária (Documento CD48/20 [2008]), saúde mental (Documento CD49/11 [2009]) e segurança humana (Documento CD50/17 [2010]). A OPAS publicou recentemente um relatório regional sobre a epidemiologia do uso de medicamentos nos países latino-americanos (2). Babor *et al.* (3) realizaram uma análise internacional da comprovação científica nos métodos de políticas para o controle da oferta e redução da demanda com relação às substâncias ilícitas. Informações de uso de substâncias ilícitas estão incluídas na pesquisa escolar global de saúde de estudantes (GSHS) realizada em vários países da Região.⁵ (Ver tabela 1 no anexo A). O Programa Familias Fortes (*Programa Familias Fuertes*)⁶ promove a prevenção do uso de substâncias através do fortalecimento da comunicação entre jovens e pais e a prevenção de comportamentos de risco entre jovens.

4. O uso de substâncias e transtornos relacionados estão incluídos na Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 e no Plano Estratégico 2008-2012. Em 2009, a OMS e o Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes (UNODC) iniciaram um Programa Conjunto sobre o Tratamento e Atendimento de Farmacodependência, projetado para expandir a aplicação de políticas, estratégias e intervenções éticas e com base científica para o tratamento e atendimento de farmacodependências em países de baixa e média renda. A OMS lançou o Programa de Ação para Diminuir a Brecha em Saúde Mental (mhGAP) em outubro de 2008 para desenvolver capacidades nos países de média e baixa renda como uma prioridade para reduzir o ônus dos transtornos mentais, neurológicos e do uso de substâncias em todo o mundo. O programa é baseado nas

³ Disponível em:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=en.

⁴ Disponível em: http://www.cicad.oas.org/EN/basicdocuments/1798%20Strategia_Final_20100602-eng.pdf

⁵ Ver <http://www.who.int/chp/gshs/en/index.html> para obter maiores informações.

⁶ Ver http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-familias_fuertes.htm para obter maiores informações.

análises Cochrane da bibliografia sobre a eficácia das intervenções para transtornos de uso de álcool e drogas. A OPAS está bem posicionada para fornecer ao setor da saúde as ferramentas e metodologias necessárias para compreender e abordar de forma eficaz as causas e consequências do uso de substâncias por meio da integração e promoção das boas práticas descritas em diversos documentos e programas de várias organizações.

Análise da situação

5. Embora os transtornos de uso de substâncias sejam mais prevalentes nos países desenvolvidos das Américas, o ônus sobre a saúde de tais transtornos, principalmente em termos de anos de vida ajustados por incapacidade (4), é sentido desproporcionalmente em países de baixa e média renda. A prevalência do uso de medicamentos, sobretudo entre jovens e outros grupos vulneráveis, varia bastante, mas em geral está concentrada em áreas urbanas e países que em fase de rápida transição epidemiológica. Além do álcool e tabaco, as substâncias mais amplamente usadas na Região são canábis, cocaína e solventes voláteis (5). Há também o uso crescente de substâncias psicotrópicas sem fins terapêuticos.

6. Sobre as estratégias de redução da demanda, as evidências indicam que há uma variedade de opções de prevenção, tratamento, detecção e intervenção precoce para atacar o uso prejudicial de substâncias e a dependência de substâncias (3.6). Investimentos consideráveis em serviços de intervenção precoce e tratamento com base científica podem reduzir problemas relacionados com medicamentos se esses serviços forem acessíveis em sentido amplo e estiverem disponíveis para todos os necessitados. A evidência de apoio mais sólida é para a farmacoterapia com agonistas opióides com assistência psicossocial para indivíduos com dependência de opióides (9). Tais serviços são também eficazes para a redução da criminalidade relacionada com medicamentos e da propagação da infecção pelo HIV. Os programas de troca de agulhas são eficazes porque previnem o HIV e outras infecções transmitidas pelo sangue, como as hepatites B e C. Esses programas facilitam o vínculo dos usuários injetáveis de drogas com o tratamento e outros serviços de saúde, tais como aconselhamento e testagem voluntária para HIV, e serviços de saúde sexual e reprodutiva. Os programas de prevenção universal ampla que cobrem todos os aspectos de vida de um adolescente em uma variedade de meios parecem mais promissores que os programas puramente didáticos utilizados em sala de aula, nos meios de comunicação de massa ou na comunidade. É necessário cuidado com respeito à testagem de drogas nas escolas, visto que há pouca evidência de sua eficácia e podem criar problemas éticos.

7. Há várias barreiras à prestação de serviços. Aos portadores de transtornos de uso de substâncias com frequência são negados atenção médica geral e acesso aos serviços, ou eles têm dificuldades em obtê-los. Eles podem ser encaminhados ao tratamento involuntário sem o devido processo. Em alguns países da Região, os serviços podem ser

oferecidos somente em áreas isoladas, ou em manicômios, às vezes por períodos prolongados sem avaliação regular do progresso dos pacientes. Alguns serviços podem estar longe da comunidade de um indivíduo, ou proibir o acesso aos visitantes ou a participação dos membros da família. Serviços podem ser prestados sem a supervisão médica necessária. As normas mínimas da atenção podem não ser reconhecidas, estar disponíveis ou ser cumpridas. Os serviços podem ser oferecidos somente contra pagamento, o que os torna inacessíveis para a maioria dos necessitados. Os desabrigados e outros grupos marginalizados podem não ter direito a serviços ou não ter acesso a eles. O estigma vinculado ao uso de substâncias impede a busca de tratamento e atenção. Tal estigma pode obrigar aqueles que usam substâncias a receber serviços ineficazes ou que impõe condições estritas que infringem seus direitos humanos básicos.

8. O desafio é difundir as estratégias de redução da demanda e oferecer prevenção e serviços de tratamento através dos sistemas nacionais ou subnacionais de saúde pública que suprirão as necessidades da população em geral e dos grupos vulneráveis. Esses serviços devem ter o seguinte: alocação apropriada de recursos humanos e financeiros, compromisso político no sentido de incluir uma dimensão de saúde em todas as políticas relacionadas a substâncias e acesso adequado ao tratamento e atenção para problemas de saúde relacionados a substâncias.

Proposta

Estrutura estratégica

9. A proposta de estratégia regional de saúde pública requer uma função ampliada para a OPAS na coordenação e execução de uma abordagem multilateral de saúde pública para os problemas de uso de substâncias na Região. A promoção das medidas de saúde pública visa complementar em vez de substituir medidas de controle da oferta exclusiva e de cumprimento da lei em relação ao uso de substâncias. Também tratará a necessidade de o setor da saúde pública dedicar mais atenção aos grupos populacionais em situações de vulnerabilidade.

Princípios e valores

10. A estratégia enfatiza os seguintes princípios e valores:

- (a) Respeito ao direito ao gozo do mais alto padrão atingível de saúde (“direito à saúde”) e outros direitos humanos afins das pessoas afetadas pelos transtornos de uso de substâncias.⁷
- (b) Participação comunitária no planejamento e implementação de políticas de redução da demanda no âmbito local e nacional, com base nas melhores evidências científicas disponíveis.
- (c) Reconhecimento dos determinantes sociais da saúde como fatores críticos a ser abordados nos esforços de prevenção no contexto dos orçamentos nacionais. Exemplos incluem educação de qualidade, emprego significativo, melhores condições de vida, acesso à informação e participação social.

11. Vários temas intersetoriais cobrem todas as áreas estratégicas, inclusive igualdade dos gêneros, equidade, promoção da saúde, sensibilidade étnica/racial e direitos humanos. A OPAS adotará um enfoque integrado para a implementação desta estratégia, trabalhando em colaboração com outras organizações, em particular OMS, UNODC e OEA/CICAD.

12. *Visão:* A OPAS coordena esforços de colaboração dos Estados Membros para a execução de medidas de saúde pública projetadas para reduzir o ônus do uso de substâncias nas Américas.

13. *Objetivo:* Promover o fortalecimento de uma resposta integrada de saúde pública pelo setor da saúde em colaboração com outros setores através da implantação de planos de ação apropriados para a prevenção. O plano de ação para a prevenção abrange a detecção, intervenção precoce e o tratamento, atenção, reabilitação e reintegração social de indivíduos sofrendo de transtornos advindos do uso de substâncias.

⁷ Ver Plano Estratégico 2008-2012 para a RSPA, Objetivo Estratégico 7, adotado pela 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana em outubro de 2007, e modificado em setembro de 2009. Disponível em: http://intranet.paho.org/DPM/PPS/0_OD_328_post-PASC_strat_Plan_eng_0908.pdf. Ver também o documento CD47/15 e a resolução CD47.R1 sobre “*Disability: Prevention and Rehabilitation in the Context of the Right to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Health and other Related Rights*” (Incapacidade: Prevenção e Reabilitação no Contexto do Direito ao Gozo do Mais Alto Padrão Atingível de Saúde e outros Direitos Relacionados), pp. 10-16, adotados pelo 47º Conselho Diretor, setembro de 2006. Disponível em: <http://www.paho.org/English/gov/cd/CD47-15-e.pdf>.

Áreas estratégicas

Área estratégica 1: Formulação e implementação das políticas, planos e leis de saúde pública nacional, e a respectiva alocação de recursos compatível com a dimensão do problema de uso de substâncias

14. Os Estados Membros devem elaborar ou revisar os planos nacionais existentes visando a compatibilidade com necessidades e recursos nacionais. O plano nacional deve incluir prevenção, intervenção precoce, redução das consequências adversas do uso de substâncias, tratamento, reabilitação e administração de sistemas de saúde. A meta do plano nacional deve promover a saúde e o bem-estar social de indivíduos, famílias e comunidades, sobretudo entre os grupos populacionais de alto risco. Em alguns casos, atividades de redução da demanda foram negligenciadas em abordagens anteriores da política de saúde ou foram executadas sem avaliação ou evidência da eficácia. A estratégia atual fornece uma visão para integrar os serviços relativos ao uso de substâncias dentro da assistência de saúde geral e dos sistemas de saúde pública. Deve ser realizada uma análise das leis e políticas para avaliar seu impacto em termos de saúde pública. Esta análise ajudará a balizar a priorização da alocação de recursos, que dependerá em parte das necessidades identificadas através dos dados epidemiológicos e tendências projetadas no uso de substâncias e necessidades de atendimento. Os grupos de alto risco que merecem atenção especial incluem os sem moradia, detentos, profissionais do sexo, crianças e adolescentes (em particular aqueles com transtornos mentais e vítimas de violência), usuários de drogas injetáveis, migrantes, mulheres grávidas e outros grupos vulneráveis (ver anexo A).⁸

15. A coordenação multissetorial, promoção de causa e mobilização social são componentes essenciais de um enfoque amplo de promoção da saúde. Uma estrutura para guiar a formulação de uma política farmacêutica nacional foi desenvolvida pela OEA/CICAD (7). Inclui uma série de passos lógicos com o intuito de identificar as necessidades básicas de um país, trazer os interessados diretos certos ao quadro de formulação de políticas, avaliar as evidências de apoio às estratégias eficazes e implementar indicadores ou medidas de desempenho para avaliar o progresso e dar

⁸ Os Estados Membros da OPAS frisaram que as convenções e padrões de direitos humanos internacionais oferecem um quadro conceitual e normativo unificador de estratégias para a melhoria dos serviços para as populações mais vulneráveis (incluindo os sem-teto, detentos, profissionais do sexo, crianças, adolescentes, usuários de drogas injetáveis e mulheres grávidas), assim como medidas para assegurar a prestação de contas e esclarecer as responsabilidades dos diversos atores envolvidos. Portanto, é importante incorporar as disposições das convenções, declarações e recomendações dos sistemas das Nações Unidas e dos sistemas interamericanos nas políticas, planos e leis relativos à redução do abuso de substâncias. Uma lista das convenções e recomendações de direitos humanos pode ser encontrada na Estratégia e Plano de Ação Regionais da OPAS para a Saúde Mental (Documento CD49/11), disponível em:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2623&Itemid.

retroalimentação. A estratégia proposta pela OPAS visa complementar a estratégia continental da OEA/CICAD mediante o desenvolvimento ou fortalecimento dos aspectos de saúde pública da redução da demanda com maior probabilidade de ser implementados no âmbito do setor da saúde de Estados Membros.

Objetivos

- 1.1 Incorporar as políticas de saúde de uso de substâncias e planos nacionais em todos os países às políticas, planos e leis de saúde geral. Tais políticas e planos devem assegurar que eles complementem e se articulem com a política farmacêutica geral nacional, que apóiem metas de saúde pública, e que respeitem os instrumentos, declarações e recomendações de direitos humanos aplicáveis dos sistemas interamericano e das Nações Unidas (ver anexo B).
- 1.2 Fortalecer a prevenção, detecção e intervenção precoce, tratamento, reabilitação, reintegração social e serviços de apoio relacionados por meio da promoção da saúde e bem-estar social de indivíduos, famílias e comunidades, e da redução das consequências adversas do uso de substâncias, particularmente entre os grupos de alto risco.
- 1.3 Mobilizar recursos financeiros e humanos necessários para a implementação das atividades planejadas e a assegurar que tais recursos sejam usados principalmente em serviços ambulatoriais da atenção primária na comunidade e integrados ao sistema de atenção de saúde geral.

Área estratégica 2: Promoção de prevenção universal do uso de substâncias, enfatizando o desenvolvimento psicossocial de crianças e jovens

16. Os esforços devem levar em consideração a diversidade dos jovens. As medidas mais eficazes possuem duas características: se concentram na intervenção precoce dentro do ambiente social próximo – em geral a sala de aula ou a família – e abordam questões diferentes do uso de medicamentos ao concentrar-se no desenvolvimento social e comportamental. É importante que os Estados Membros examinem suas atividades de prevenção para se certificar de que as melhores práticas com base científica sejam identificadas e implementadas.

Objetivo

- 2.1 Promover modelos de prevenção e boas práticas com base científica universais que apoiarão o desenvolvimento socioeconômico de homens e mulheres jovens em particular e melhorarão o acesso à informação e serviços de saúde apropriados e com base científica.

- 2.2 Promover a conscientização, no plano comunitário, sobre o uso de substâncias e transtornos relacionados através da educação, treinamento e programas de advocacia.

Área estratégica 3: Promoção de intervenção precoce em meios de atenção primária e desenvolvimento de sistemas de tratamento vinculados à atenção primária à saúde e serviços relacionados

17. Como parte do programa mhGAP, a OMS está preparando um pacote de intervenções relacionadas aos transtornos do uso de álcool e substâncias para os países de média e baixa renda. Além disso, a OMS desenvolveu o Teste de Detecção de Envolvimento com Álcool, Tabaco e Substâncias (ASSIST-do acrônimo em inglês) vinculado a uma intervenção breve na atenção primária à saúde (6). O valor de integrar a detecção precoce do uso de substâncias nas atividades de detecção do consumo de álcool e tabaco é que os profissionais da saúde têm mais probabilidade de apoiar os programas de intervenção precoce quando eles estão vinculados a detecções semelhantes já sendo realizadas.

18. A experiência com programas de demonstração em grande escala indica que os programas de intervenção precoce são eficazes (8, 10).

19. Um modelo eficaz de prestação de serviços na comunidade inclui a oferta de tratamento especializado, extensão e serviços para reduzir os riscos e as consequências adversas para saúde relacionados com o uso de substâncias que sejam culturalmente apropriados, equitativos e isentos de discriminação.

20. Há evidência convincente de apoio a uma variedade de tratamentos e serviços como parte de um sistema de saúde pública integral, voltado para a recuperação, tanto na comunidade como nos meios carcerários. Tais serviços incluem a farmacoterapia com agonistas e assistência psicossocial para a dependência de opióides (como tratamento de manutenção com metadona e buprenorfina), grupos de autoajuda, psicoterapia, terapia de comportamento cognitivo, programas de troca de agulhas e comunidades terapêuticas.

21. Atenção especial deve ser dada às mulheres grávidas que usam substâncias. Seu bem-estar pode afetar o desenvolvimento atual e futuro de seus filhos, e pode servir para prevenir comportamentos de risco vinculados, em última análise, ao uso de substâncias em seus descendentes. As intervenções não devem estigmatizar as mulheres, visto que o estigma pode se tornar uma barreira ao acesso à atenção e ao desenvolvimento saudável do recém-nascido.

22. Serviços de alta qualidade requerem recursos humanos adequadamente capacitados, inclusive redes de organização de ajuda mútua para prestar apoio comunitário às pessoas após intervenções terapêuticas apropriadas. O desenvolvimento das competências de prevenção do uso de substâncias e de tratamento de profissionais da atenção primária à saúde é imprescindível para o melhoramento da prestação de serviços. Vários Estados Membros dispõem apenas de elementos rudimentares de um sistema integral de tratamento, portanto currículos ampliados nos níveis de graduação e de pós-graduação, programas de educação contínua e outras oportunidades de treinamento são necessários para aqueles que trabalham fora do sistema de saúde, como ONGs e serviços sociais. Além disso, o atendimento é com frequência prestado em casa por membros da família ou da residência, que também necessitam de formação e assistência nesta função.

23. As Nações Unidas têm um mandato para assegurar a disponibilidade de medicamentos psicotrópicos para uso com prescrição médica, e a OMS os incluiu na sua lista de medicamentos essenciais. Profissionais da saúde, inclusive aqueles que atuam no tratamento dos transtornos de uso de substâncias, têm necessidade de treinamento em boas práticas de prescrição para assegurar que essas substâncias sejam prescritas e usadas de maneira apropriada.

Objetivos

- 3.1 Fornecer um pacote de intervenções essenciais e com base científica nos diversos níveis do sistema de atenção de saúde que possa ser adaptado pelos Estados Membros, enfatizando a atenção primária à saúde.
- 3.2 Fornecer ferramentas para capacitar e certificar a força de trabalho de saúde para lidar com o uso de substâncias e problemas correlatos, inclusive boas práticas de prescrição.
- 3.3 Fornecer ferramentas, formação e apoio a provedores da área da saúde não remunerados, em particular os de domicílios/famílias.
- 3.4 Rever e atualizar currículos das profissões da área de saúde e outras relacionadas, a nível de graduação e de pós-graduação e em programas de educação contínua, sobre temas relacionados ao uso de substâncias.
- 3.5 Promover a adequada disponibilidade de medicamentos psicoativos controlados internacionalmente para finalidades médicas e científicas, prevenindo seu desvio e uso para finalidades não-terapêuticas.

Área estratégica 4: Pesquisa, monitoração e avaliação

24. A pesquisa sobre o uso de drogas ilícitas é desproporcionalmente concentrada em países desenvolvidos, onde a maior parte do financiamento vai para a epidemiologia, ciência básica, intervenções clínicas e programas de prevenção. A pesquisa sobre determinantes sociais, econômicos e ambientais do uso de substâncias, uso de substâncias e políticas de saúde pública, e necessidades de serviços de saúde, precisa ser fortalecida em toda a Região. A OPAS presta cooperação técnica ao facilitar o reforço da vigilância epidemiológica, inclusive instrumentos de avaliação rápida, centros-sentinela e sistemas projetados para monitorar indicadores das consequências do uso de substâncias para a saúde. Em vista das limitações dos sistemas existentes de dados/informações em toda a Região, a OPAS fortalecerá sua função de difusão de informações, facilitará a padronização das informações sanitárias relacionadas a substâncias e centrará mais sobre as atividades de gerenciamento do conhecimento. A avaliação e difusão de informações sobre o impacto de políticas na saúde pública é uma prioridade.

Objetivos

- 4.1 Desenvolver uma avaliação integral da prevenção do uso de substâncias, intervenção precoce, tratamento, reabilitação, reintegração social e serviços de apoio relacionados que visem reduzir as consequências adversas do uso de substâncias nos países, estabelecendo indicadores de base e monitorando a situação.
- 4.2 Melhorar os dados sobre uso de substâncias em sistemas de informação sanitária nacionais, assegurando a coleta e análise regular de dados básicos relevantes para a tomada de decisão e para acompanhar variações com o passar do tempo.
- 4.3 Promover pesquisa e vigilância nos Estados Membros para criar uma base de evidência para as estratégias de intervenção eficazes e para vigiar as tendências de uso de substâncias na Região.
- 4.4 Compilar e difundir informações e materiais com base científica sobre questões de uso de substâncias, como avaliações de políticas e programas no âmbito nacional e local.

Área estratégica 5: Parcerias estratégicas

25. São necessárias parcerias estratégicas que assegurem uma divisão apropriada de responsabilidades e colaboração interinstitucional. O objetivo primordial é melhorar a colaboração e prevenir a repetição de funções no uso de escassos recursos. Organizações

não governamentais dedicadas à promoção da saúde, serviços sociais, direitos humanos e políticas públicas são, também, de importância fundamental em tais parcerias estratégicas no âmbito nacional e internacional.

26. Iniciativas recentes da OEA/CICAD, UNODC, UNAIDS e OMS trazem a oportunidade de se dispensar mais atenção à colaboração regional em atividades de redução da demanda e de saúde pública.

Objetivo

5.1 Criar e fortalecer parcerias com outros interessados diretos para uma resposta integral de saúde pública aos problemas de uso de substâncias na Região.

Ação pelo Conselho Diretor

27. Solicita-se que o Conselho Diretor identifique a prevenção, atenção e tratamento dos transtornos de uso de substâncias e problemas correlatos como uma prioridade de saúde pública e apoie medidas que visem fortalecer a resposta do setor da saúde ao problema. O Conselho também é solicitado a examinar as informações contidas neste documento e considerar a adoção da resolução constante do anexo D.

Referências

1. Gordon, R. An operational classification of disease prevention. In: Steinberg, J. A. and Silverman, M.M. (eds.). *Preventing Mental Disorders*, Rockville: U.S. Department of Health and Human Services; 1987.
2. PAHO. Drug use epidemiology in Latin America and the Caribbean: A public health approach. Washington (DC): PAHO, 2009.
3. Babor, T.F. *et al.* *Drug policy and the public good*. Oxford: Oxford University Press; 2010.
4. World Health Organization. *Global Health Risks*. Geneva: WHO; 2009.
5. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *The World Drug Report 2008*. Vienna: UNODC; 2008.
6. Humeniuk, R., Dennington, V. Ali, R. *The Effectiveness of a Brief Intervention for Illicit Drugs Linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in Primary Health Care Settings: A Technical Report of Phase III Findings of the WHO ASSIST Randomized Controlled Trial*. Geneva: World Health Organization; 2008.
7. Inter-American Drug Abuse Control Commission (CICAD). *How to Develop A National Drug Policy: A Guide for Policymakers, Practitioners, and Stakeholders*. Washington (DC): Organization of American States; 2009.

8. UNRISD Research and Policy Brief 9. Why care matters for social development. UNRISD, Geneva, Switzerland, 2009.
9. World Health Organization. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. WHO, Geneva, 2009.
10. Madras B.K., *et al.* Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: Comparison at intake and 6 months later. *Drug and Alcohol Dependence* 99, 280-295, 2009.

Anexos

ANÁLISE COMPLEMENTAR DA SITUAÇÃO

1. Os dados da pesquisa compilados pela OPAS (1) indicam que a prevalência do uso de medicamentos ao longo da vida na América Latina varia significativamente por país e nível de urbanização. Conforme mostrado na Tabela 1, a prevalência de uso dos medicamento entre adolescentes com idade entre 13 e 15 anos varia de 3% a 22% da população escolar. As taxas são universalmente maiores entre os meninos do que as meninas (prevalência média durante o início da adolescência: 13,5% para os meninos; 8,1% para as meninas). A canábis é a droga usada com maior frequência, mas em alguns países (por exemplo, Barbados, Brasil, Jamaica, Trinidad e Tobago) inalantes são usados por mais de 10% dos estudantes. Em geral, o uso de canábis e inalantes está concentrado na população em idade escolar, enquanto o uso de cocaína, pasta da coca, opiáceos, anfetaminas, e 3,4- metilendioximetanfetamina (MDMA ou “êxtase”) é mais prevalente entre jovens adultos e populações marginalizadas. Sabe-se que há uma relação estreita entre o cultivo e uso de coca nos países andinos e as práticas agrícolas tradicionais da minoria indígena rural (2). Pouquíssimas informações estão disponíveis sobre a prevalência e problemas do uso de medicamentos entre os habitantes indígenas ou outros grupos étnicos.

2. O uso ocasional de drogas pode aumentar o risco de acidentes, lesões e problemas interpessoais por causa da intoxicação aguda. Embora o uso frequente e regular seja informado por proporções relativamente pequenas da população, os riscos associados a este tipo de uso são significativos em uma perspectiva de saúde pública. Estimou-se que mais de 40 milhões de pessoas (6,9% da população com idade entre 15 e 64 anos) usaram canábis nas Américas em 2006 (3). As cifras para a cocaína (10 milhões), estimulantes tipo anfetamina (5,7 milhões) e heroína (2,2 milhões) são inferiores, mas o ônus de morbidade e o risco de mortalidade aumentam significativamente com o uso frequente dessas substâncias, sobretudo quando são injetadas. Em toda a Região, o uso de drogas tipo anfetamina está aumentando, uma tendência associada ao crescente desvio dos precursores químicos para a síntese ilícita de metanfetaminas nos últimos anos (3). Na América do Sul, o uso de canábis e cocaína está aumentando, de acordo com relatórios recentes (3). A tabela 1 e a figura 2 mostram a magnitude do problema do uso de drogas ilegais em três sub-regiões da OMS nas Américas.

3. O uso de drogas contribui para o ônus da morbidade de duas maneiras: causa a morte prematura e produz consequências para a saúde significativas, algumas atribuíveis diretamente ao uso de drogas em si, e outros à modalidade de administração da droga (por exemplo: injeção intravenosa). As possíveis consequências para a saúde incluem infecção pelo HIV/AIDS, hepatites B e C, outras infecções, farmacodependência, overdose não letal, suicídio e lesões. Os transtornos do uso de drogas entre os homens ficaram na oitava posição entre os 20 principais fatores contribuintes para os anos de vida

ajustados por incapacidade (AVAI) na América Latina em 2002 (4). O grau do uso de drogas na Região, principalmente entre pessoas jovens, e a ampla variedade de consequências para a saúde associadas a ele, sugerem que as drogas ilícitas contribuem significativamente para a morte passível de prevenção e as incapacidade nas Américas.

4. A evidência crescente de aumento no uso de drogas na Região, e o interesse crescente da OPAS na resposta de saúde pública a problemas do uso de substâncias, destacam dois enfoques dominantes para a política de controle de drogas: controle da oferta e redução da demanda. A falta de pesquisa sistemática sobre as opções de políticas mais comuns para controlar a oferta de substâncias (por exemplo: fiscalização, interdição, encarceramento) constitui uma grande barreira à aplicação eficaz dessas medidas (5).

Tabela 1: Prevalência ao longo da vida de qualquer uso ilegal de medicamentos entre estudantes com idade entre 13 e 15 anos, por sexo e país (2003-2008)

País e ano	Porcentagem de quem usou uma droga ilícita pelo menos uma vez durante a vida								
	Ambos os sexos			Meninos		Meninas			
	%	Desvio padrão		%	Desvio padrão	%	Desvio padrão		
Argentina (2007)	9,0	±	3,1	11,6	±	4,1	6,7	±	3,1
Ilhas Cayman (2007) ^a	15,6			20,3			10,3		
Chile/Área metropolitana (2004)	10,1	±	2,4	10,7	±	2,0	9,5	±	3,5
Chile/Região I (2004)	9,0	±	2,9	9,5	±	2,5	8,5	±	4,2
Chile/Região V (2004)	8,3	±	2,5	9,4	±	3,4	7,0	±	2,2
Chile/Região VIII (2004)	7,2	±	2,0	7,8	±	2,5	6,3	±	2,3
Colômbia/ Bogotá (2007)	10,8	±	2,8	13,7	±	3,3	8,3	±	3,4
Colômbia/ Escolas Públicas de Bogotá (2007)	10,4	±	3,7	13,7	±	4,0	8,0	±	4,3
Colômbia/ Escolas Particulares de Bogotá (2007)	12,4	±	5,7	17,2	±	7,4	8,9	±	5,6
Colômbia/Bucaramanga (2007)	6,8	±	1,5	8,6	±	2,4	5,2	±	2,4
Colômbia/Cáli (2007)	17,8	±	2,4	21,1	±	4,2	15,1	±	2,6
Colômbia/Manizales (2007)	21,0	±	3,0	21,1	±	4,3	20,8	±	2,9
Colômbia/Valledupar (2007)	3,5	±	1,1	4,5	±	1,8	2,8	±	1,4
Equador/Guaiaquil (2007)	7,7	±	2,3	9,9	±	2,9	5,7	±	2,5
Equador/Quito (2007)	5,5	±	1,5	7,0	±	1,9	4,1	±	2,1
Equador/Zamora (2007) ^a	3,1			4,2			2,0		
Granada (2008)	13,9	±	2,6	21,9	±	3,9	7,8	±	2,7
Guiana (2004)	11,7	±	2,8	17,7	±	4,5	5,9	±	2,5
México (2006) ^b	12,1			13,2			11,1		
Santa Lúcia (2007)	22,0	±	3,0	29,7	±	4,5	15,8	±	3,6
São Vicente e Granadinas (2007)	19,9	±	3,2	26,9	±	4,7	13,4	±	3,6
Trinidad e Tobago (2007)	12,8	±	2,9	15,3	±	4,2	10,1	±	2,7
Trinidade (2007)	12,7	±	3,0	15,1	±	4,3	10,2	±	2,8
Tobago (2007)	14,0	±	3,3	20,0	±	5,0	9,0	±	3,0
Uruguai (2006)	8,4	±	1,7	10,5	±	2,8	6,7	±	1,7
Uruguai/Montevidéu (2006)	10,6	±	3,2	13,8	±	4,6	7,6	±	2,7
Uruguai/Resto do país (2006)	6,7	±	1,9	7,4	±	3,2	6,1	±	2,1
Venezuela/Barinas (2003)	3,1	±	1,2	4,7	±	2,2	1,7	±	1,4
Venezuela/Lara (2003)	3,1	±	1,0	4,2	±	1,1	2,2	±	1,2

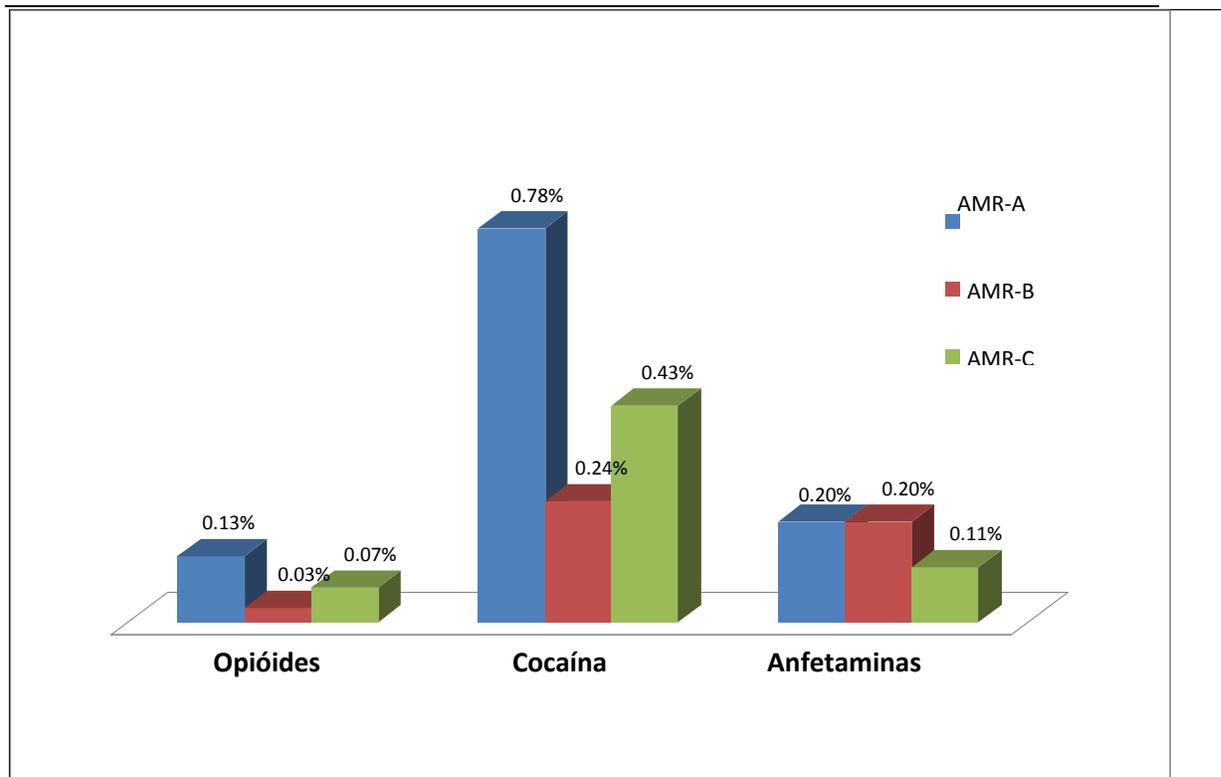
Fonte: Pesquisa de Saúde Escolar de Estudantes Global da OMS realizada nos diversos países.

Disponível em: <http://www.who.int/chp/gshs/country/en/index.html>.

^a Quando nenhuma variação nas taxas de prevalência é mostrada, todo o conjunto de escolas para o país ou cidade foi pesquisado, e a porcentagem reflete a prevalência geral.

^b Villatoro, J., Gutiérrez, M.L., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L., Gaytán, F., Buenabad, N. and Medina-Mora, ME (2009) Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. Salud Mental. vol. 32 (4.): 287-297, Jul-Ago, 2009

Figura 1: Prevalência do problemático uso ilegal de medicamentos entre pessoas acima de 15 anos nos últimos 12 meses nas três subregiões nas Américas, 2008



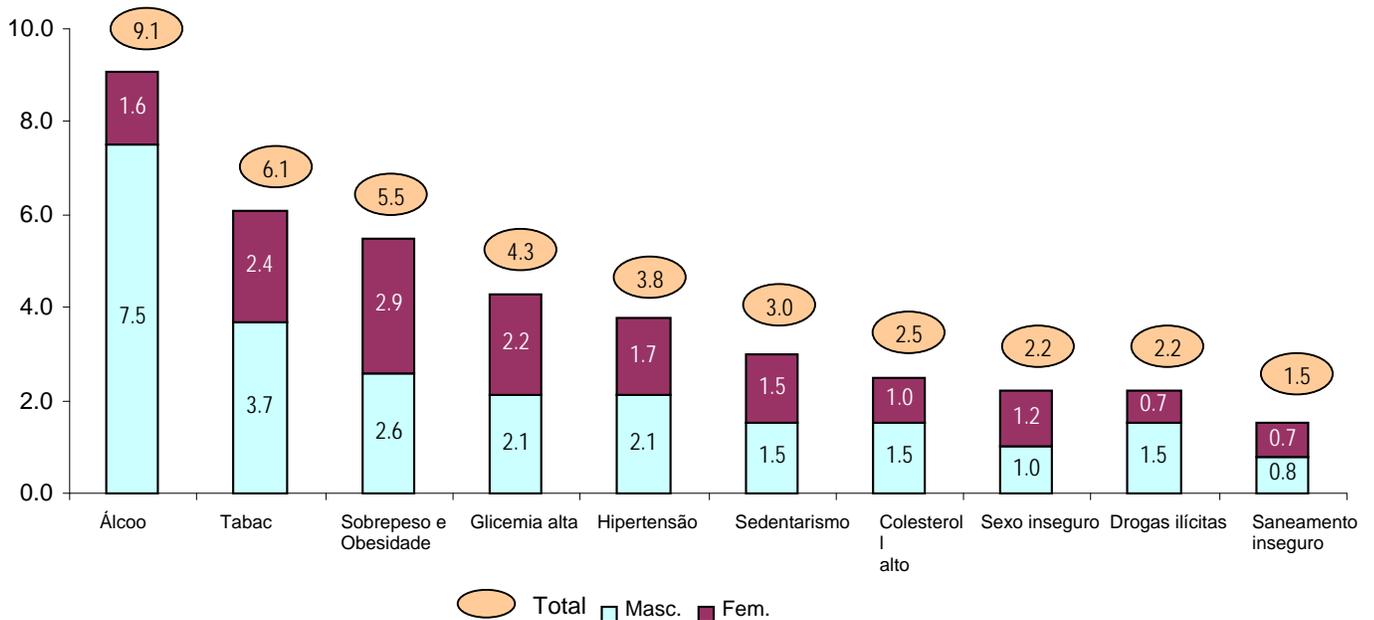
Fonte: Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes (UNODC). The World Drug Report 2008 (Relatório de Drogas no Mundo). Viena: UNODC; 2008.

Nota: As estatísticas informadas pelo UNODC (2008) não são segregadas por sexo ou faixa etária. O uso problemático de medicamentos foi definido como o uso diário ou uso por injeção.

Subgrupos da Região das Américas (AMR):

- **AMR-A** — Países das Américas com mortalidade infantil e de adultos muito baixa (Canadá, Cuba, Estados Unidos).
- **AMR-B** — Países das Américas com mortalidade infantil e de adultos baixa (Antígua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Dominica, República Dominicana, El Salvador, Granada, Guiana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguai, Saint Kitts e Névis, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai, Venezuela).
- **AMR-C** — Países das Américas com mortalidade infantil e de adultos elevada (Bolívia, Equador, Guatemala, Haiti, Nicarágua, Peru).

Figura 2: Anos de vida ajustados por incapacidade (AVAI) atribuíveis aos 10 principais fatores de risco, por sexo, Região das Américas, 2004



Fonte: Organização Mundial da Saúde. Riscos globais para a saúde. Genebra: OMS; 2009. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf.

Referências

1. PAHO. Drug use epidemiology in Latin America and the Caribbean: A public health approach. Washington (DC); PAHO, 2009.
2. Thoumi, F.E. *Illegal Drugs, Economy, and Society in the Andes*. Washington (DC): Woodrow Wilson Center Press; 2003.
3. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *The World Drug Report 2008*. Vienna: UNODC; 2008.
4. World Health Organization. *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*. Geneva: World Health Organization; 2009.
5. Buhringer, G., Farrell, M., Kraus, L., Marsden, J., Pfeiffer-Gerschel, T., Piontek, D. et al. Comparative analysis of research into illicit drugs in the European Union. Luxemburg: European Commission; 2009.

INSTRUMENTOS PARA A PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

1. Os Estados Membros da OMS adotaram importantes princípios de saúde pública que são consagrados no preâmbulo à sua Constituição. Conseqüentemente, a Constituição da OMS, ao declarar princípios básicos para a felicidade, relações harmoniosas e segurança de todos os povos, declara que “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não só a ausência de afecções ou enfermidades ...” e que “o gozo do mais alto padrão atingível de saúde” é não só um estado ou condição do indivíduo, mas “... um dos direitos fundamentais de cada ser humano sem distinção de raça, religião, crença política e condição econômica ou social...” A Constituição foi adotada pela Conferência Sanitária Internacional realizada em Nova York, de 19 a 22 de junho de 1946, e assinada no dia 22 de julho de 1946 por representantes de 61 Estados. O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Nações Unidas), por sua vez, protege “... o direito de todos ao gozo do mais elevado padrão atingível de saúde física e mental ...” (Artigo 12), e o Protocolo de San Salvador (OEA) protege “o direito à saúde” (Artigo 10). Além disso, a proteção sanitária como um direito humano está prevista em 19 das 35 Constituições dos Estados Membros da OPAS (Bolívia, Brasil, Chile, Cuba, República Dominicana, Equador, El Salvador, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela).

2. Instrumentos das Nações Unidas para proteção dos direitos humanos:

- Declaração Universal de Direitos Humanos (1);
- Pacto Internacional sobre Direitos¹ Civis e Políticos (2);
- Pacto Internacional sobre Direitos² Econômicos, Sociais e Culturais (3);
- Convenção sobre os Direitos da Criança³ (4);

¹ Com entrada em vigor no dia 23 de março de 1976 e ratificação pela Argentina, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Dominica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Estados Unidos, Uruguai e Venezuela.

² Com entrada em vigor no dia 3 de janeiro de 1976 e ratificação pela Argentina, Barbados, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Dominica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guiana, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

³ Com entrada em vigor no dia 2 de setembro de 1990 e ratificação por Antígua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Dominica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Santo Quitts e Névis, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

- Convenção sobre os Direitos de Portadores de Incapacidades⁴ (5);
 - Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher⁵ (6);
 - Princípios para a proteção de portadores de enfermidades mentais e o melhoramento de assistência de saúde⁶ mental (7);
 - Regras padrão para a equalização de oportunidades para portadores de incapacidades⁷ (8).
3. Instrumentos do sistema Interamericano para a proteção dos direitos humanos:
- Declaração Americana sobre os Direitos e Deveres do Homem⁸ (9);
 - Convenção Americana sobre Direitos Humanos⁹ (10);
 - Protocolo adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos na área de direitos econômicos, sociais e culturais - “Protocolo de San Salvador¹⁰” (11);
 - Convenção Interamericana sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Portadores de Incapacidades¹¹ (12);
 - Convenção Interamericana para a Prevenção, Punição e Erradicação de Violência contra a Mulher¹² (13);

⁴ Com entrada em vigor no dia 3 de maio de 2008 e ratificação pela Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai e Peru.

⁵ Com entrada em vigor no dia 3 de setembro de 1981 e ratificação pela Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Equador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

⁶ Incluir diretrizes para a criação de sistemas nacionais de saúde mental e avaliação de suas práticas. Referem-se aos direitos humanos dos portadores de incapacidades mentais, principalmente no contexto das instituições psiquiátricas.

⁷ “A finalidade das Regras é assegurar que meninas, meninos, mulheres e homens portadores de incapacidades, na qualidade de membros de suas sociedades, possam exercer os mesmos direitos e obrigações que os outros.”

⁸ OEA Res. XXX, doc.6 da OEA Ser.L.V/II.82 rev.1 a 17 (1992).

⁹ Com entrada em vigor no dia 18 de julho de 1978 e ratificação pela Argentina, Barbados, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Dominica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Granada, Guatemala, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

¹⁰ Com entrada em vigor no dia 16 de novembro de 1999 e ratificação pela Argentina, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Paraguai, Peru, Suriname e Uruguai.

¹¹ Com entrada em vigor no dia 14 de setembro de 2001 e ratificação pela Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela.

¹² Com entrada em vigor no dia 5 de março de 1995 e ratificação por Antígua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Chile, Dominica, República

- Recomendação da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (OEA) para a promoção e proteção dos direitos dos doentes mentais¹³ (14).

Referências

1. Universal Declaration of Human Rights. G.A. Res. 217 A (III), UN Doc. A/810 p. 71 (1948). <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/b1udhr.htm>.
2. International Covenant on Civil and Political Rights. G.A. Res. 2200, 21 UN GAOR Sup. (No.16) 52, UN Doc. A/6316 (1966). <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/b3ccpr.htm>.
3. International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights. G.A. Res. 2200A(XXI), 21 UN GAOR Sup. (No. 16) 49, UN Doc. A/6316 (1966). <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/b2esc.htm>.
4. Convention on the Rights of the Child. G.A. Res.44/25, annex, 44 UN GAOR Supp. (No. 49) p. 167, UN Doc. A/44/49 (1989). <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/k2crc.htm>.
5. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. G.A. Res. A/61/611 (2006). <http://www.un-documents.net/a61r106.htm>
6. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women G.A. Res. 34/180, 34 UN GAOR Supp. (No. 46) p.193, UN Doc. A/34/46. <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/e1cedaw.htm>.
7. Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and Improvement of Mental Health Care, G.A Res. 46/119,46 UN GAOR Supp. (No.49) p.189, UN Doc. A/46/49 (1991). <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/t2pppmii.htm>.
8. Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities, G.A. Res 48/96, 48 UN GAOR Supp. (No. 49) p. 202, UN Doc. A/48/49 (1993). <http://www2.ohchr.org/english/law/opportunities.htm>.
9. American Declaration on the Rights and Duties of Man, 199 OAS Res. XXX. OAS/Ser.L.V/182 doc. 6 rev.1, p.17 (1992). <http://www1.umn.edu/humanrts/oasinstr/zoas2dec.htm>.
10. American Convention on Human Rights. OAS, Off. Rec., OEA/Ser.L./V.II.23 doc. 21 rev. 6 (1979). <http://www1.umn.edu/humanrts/oasinstr/zoas3con.htm>.

Dominicana, Equador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Saint Kitts e Névis, Santa Lúcia, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

¹³ Insta os Estados a “promover e executar, através da legislação e planos de saúde mental nacionais, a organização de serviços de saúde mental da comunidade para alcançar a plena integração do enfermo mental na sociedade ...”

11. Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights or the "Protocol of San Salvador." OAS, No. 69 (1988), signed on 17 November 1988, Basic documents pertaining to human rights in the inter-American system, OAS/Ser.L.V/II.82 doc. 6 rev. 1, p. 67 (1992).
<http://www1.umn.edu/humanrts/oasinstr/zoas10pe.htm>.
12. Inter-American Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Persons with Disabilities. G.A. Res. 1608 (XXIX-0/99), 7 June 1999
<http://www.unhcr.org/refworld/publisher/OAS,,,3de4cb7d4,0.html>.
13. Inter-American Convention on the Prevention, Punishment, and Eradication of Violence against Women, "Convention of Belem Do Pará", 33 I.L.M. 1534 (1994).
<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/brazil1994.html>.
14. Recommendation of the Inter-American Commission on Human Rights (OAS) for the Promotion and Protection of the Rights of the Mentally Ill. Annual Report of the Inter-American Commission on Human Rights (IACHR), OAS/Ser./L/V/II.111, doc. 20 rev., 16 April 2001.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

CD50/18, Rev. 1 (Port.)
Anexo C

**FORMULÁRIO ANALÍTICO PARA VINCULAR TEMAS DA AGENDA
AS ÁREAS DA ORGANIZAÇÃO**

1. Tema da agenda: 4.14 Estratégia sobre o uso de substâncias e saúde pública

2. Unidade responsável: Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental/ Saúde mental e proteção do consumidor

3. Preparado por: Dr. Maristela Monteiro

4. Lista dos centros colaboradores e instituições nacionais vinculados a este tema da agenda:

Instituições Nacionais de Referência

- Health Canada, diretório de negócios de Estado internacional
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Brasil
- Instituto Nacional do Abuso de Drogas, Bethesda, Maryland, EUA
- Instituto do Pacífico para Pesquisa e Avaliação (PILAR), Calverton, Maryland, EUA
- Departamento de Saúde Comunitária, Universidade de Connecticut, Storrs, Connecticut, EUA
- Mercer University, Atlanta, Geórgia, EUA
- Fundação Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil

Centros colaboradores

- The College on Problems of Drug Dependence, Scottsdale, Arizona, EUA
- Departamento de Psicobiologia, Universidade Federal de São Paulo, Brasil
- Instituto Nacional de Psiquiatria Ramón de la Fuente Muñiz, México
- Centro para dependência e saúde mental, Toronto, Canadá

5. Conexão entre o tema da agenda e a Agenda para Saúde das Américas 2008-2017:

O uso de substâncias está vinculado a urbanização acelerada, desigualdades e iniquidades, exclusão social, violência e transtornos de saúde mental. Como constitui um fator determinante de saúde e um resultado de saúde, o equacionamento de problemas de uso de substâncias requer o aumento da proteção social e do acesso aos serviços de saúde de qualidade. A formação da capacidade dos profissionais de saúde também é fundamental para uma resposta eficaz aos problemas de uso de substâncias.

6. Conexão entre o tema da agenda e o Plano Estratégico 2008-2012:

Objetivo estratégico 3: Prevenir e reduzir doenças, incapacidades e morte prematura por afecções não transmissíveis crônicas, transtornos mentais, violência e lesões.

Objetivo estratégico 6: Promover a saúde e o desenvolvimento, e prevenir ou reduzir fatores de risco como uso de tabaco, álcool, drogas e outras substâncias psicoativas, dietas insalubres, sedentarismo e sexo inseguro, que afetam estado de saúde.

7. Boas práticas nesta área e exemplos de outros países dentro da Região das Américas:

- Ampliação dos serviços de tratamento para usuários de substâncias no Brasil e Estados Unidos da América, como parte dos sistemas nacionais de saúde desses países;
- Integração da detecção e intervenções breves para problemas de uso precoce de substâncias em atenção primária ou meios não especializados no Brasil e México;
- Considerando os problemas de uso de substâncias como problemas de saúde pública na política de medicamentos nacional do Equador;
- Acesso universal à ao tratamento antirretroviral no Brasil para os usuários de substâncias soropositivos;
- Programa de troca de agulhas como parte do desenvolvimento de uma resposta integral de saúde pública voltada para a recuperação aos transtornos de uso de substâncias na Argentina, Brasil, Canadá, México e Estados Unidos;
- Tratamento psicossocial para transtornos de uso de substâncias, vários países;
- Manutenção de metadona e buprenorfina para dependência de opióides nos Estados Unidos, México e Canadá;
- Alternativas ao encarceramento para usuários de substâncias com delitos leves na Argentina, Brasil e Uruguai;
- Disponibilidade de serviços de tratamento de transtorno de uso de substâncias em prisões nos Estados Unidos e no Canadá;
- Controle regulamentar de medicamentos psicotrópicos de uso sob prescrição médica em vários países, inclusive Brasil, Canadá, e Estados Unidos;
- Controle de precursores químicos para a produção de anfetaminas nos Estados Unidos e no Canadá;
- Fortalecimento de programas familiares nos Estados Unidos e no Canadá;
- Organizações de autoajuda por pares em vários países.

8. Implicações financeiras do tema da agenda: N/D.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



50º CONSELHO DIRETOR **62ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL**

Washington, D.C., EUA, 27 de setembro a 1º de outubro de 2010

CD50/18, Rev. 1 (Port.)
Anexo D
ORIGINAL: INGLÊS

PROJETO DE RESOLUÇÃO

ESTRATÉGIA SOBRE O USO DE SUBSTÂNCIAS E SAÚDE PÚBLICA

O 50º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o Documento CD50/18, *Estratégia sobre o Uso de Substâncias e Saúde Pública*;

Reconhecendo o ônus da morbidade, mortalidade e incapacidade associadas aos transtornos de uso de substâncias no mundo e na Região das Américas, assim como a lacuna existente em tratamento e atenção para as pessoas afetadas por tais transtornos;

Compreendendo que faz-se necessária uma estratégia equilibrada que inclua abordagens de redução tanto da oferta como da demanda que satisfaçam uma necessidade premente de prevenção, detecção e intervenção precoce, tratamento, reabilitação, reintegração social e serviços de apoio para reduzir as consequências adversas do uso de substâncias, mediante a promoção da saúde e bem-estar social de indivíduos, famílias e comunidades;

Considerando o contexto e a estrutura para a ação oferecida pela Agenda de Saúde para as Américas, o Plano Estratégico da OPAS para 2008-2012, a estratégia continental de drogas da Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas da Organização dos Estados Americanos (OEA/CICAD) e o Programa de Ação para Vencer as Lacunas em Saúde Mental: Expandindo a atenção para transtornos mentais, neurológicos e do uso de substâncias (mhGAP) da Organização Mundial da Saúde (OMS), que refletem a importância da problemática do uso de substâncias e determinam objetivos estratégicos para abordá-lo;

Observando que a Estratégia para o Uso de Substâncias e a Saúde Pública proposta define as principais áreas de trabalho a ser abordadas e identifica áreas para cooperação técnica a fim de equacionar as necessidades variáveis dos Estados Membros com respeito ao uso de substâncias,

RESOLVE:

1. Dar seu aval à Estratégia sobre o Uso de Substâncias e Saúde Pública e apoiar sua implementação no contexto das condições específicas de cada país para responder de maneira apropriada às necessidades atuais e futuras com relação ao uso de substâncias.
2. Instar os Estados Membros a:
 - (a) identificar o uso de substâncias como uma prioridade de saúde pública e implementar planos para atacar os problemas de uso de substâncias em conformidade com seu impacto de saúde pública, principalmente com respeito à redução das lacunas de tratamento existentes;
 - (b) reconhecer que os problemas relacionados ao uso de substâncias são resultado da interação entre determinantes sanitários e sociais, e que o equacionamento dos problemas decorrentes do uso de substâncias requer maior proteção social, desenvolvimento sustentável e acesso a serviços de saúde de qualidade;
 - (c) promover o acesso universal e equitativo a assistência para o tratamento de transtornos advindos do uso de substâncias e a intervenção precoce para toda a população através do fortalecimento de serviços dentro da estrutura de sistemas de atenção primária à saúde e redes de prestação de serviço integradas e esforços progressivos para eliminar o modelo residencial centrado no hospital do passado;
 - (d) continuar a trabalhar para fortalecer seus quadros normativos com o objetivo de proteger os direitos humanos das pessoas com transtornos do uso de substâncias e fazer cumprir efetivamente as leis sem ter um impacto negativo sobre a saúde pública;
 - (e) promover iniciativas intersetoriais para prevenir a iniciação ao uso de substâncias, com atenção especial a crianças e adolescentes, e reduzir a estigmatização e discriminação contra os portadores de transtornos de uso de substâncias;
 - (f) promover a participação eficaz da comunidade, ex-usuários de substâncias e membros da família nas atividades de políticas, prevenção e tratamento através do apoio às organizações de ajuda mútua;

- (g) reconhecer o desenvolvimento de recursos humanos na área da prevenção, atenção e tratamento do uso de substâncias como um componente-chave no melhoramento dos planos e serviços nacionais de saúde, e desenvolver e executar programas sistemáticos de formação profissional e alterações do currículo;
- (h) fechar a lacuna existente de informações sobre o uso de substâncias através de melhorias na produção, análise e uso de informações, assim como através da pesquisa, com um enfoque intercultural e de igualdade de gêneros;
- (i) fortalecer as parcerias entre o setor público e outros setores, inclusive organizações não governamentais, instituições acadêmicas e atores sociais essenciais, enfatizando sua participação no desenvolvimento de políticas e planos relacionados ao uso de substâncias;
- (j) alocar recursos financeiros suficientes para alcançar um equilíbrio apropriado entre atividades de controle da oferta e de redução da demanda.

3. Solicitar ao Diretor:

- (a) a preparação de um plano de ação decenal em estreita colaboração com os Estados Membros, ONGs, instituições de pesquisa, Centros Colaboradores da OPAS/OMS, OEA/CICAD e outras organizações internacionais, a ser apresentado no Conselho Diretor em 2011;
- (b) o apoio aos Estados Membros na preparação e implementação dos planos nacionais sobre o uso de substâncias dentro da estrutura de suas políticas sociais e de saúde pública, levando em consideração a Estratégia sobre o Uso de Substâncias e Saúde Pública, esforçando-se no sentido de corrigir iniquidades e dando prioridade à atenção aos grupos vulneráveis e com necessidades especiais;
- (c) a colaboração na avaliação dos problemas e serviços relativos ao uso de substâncias nos países com o objetivo de assegurar a tomada de medidas corretivas apropriadas e com base científica;
- (d) a facilitação da difusão de informações e o compartilhamento de experiências positivas e inovadoras, e promover a cooperação técnica entre os Estados Membros;
- (e) a promoção de parcerias com organizações governamentais e não governamentais, e também com organizações internacionais e outros atores

regionais para apoiar a resposta multissetorial necessária para implementar esta Estratégia;

- (f) coordenar a implementação da Estratégia com a OEA/CICAD e com as comissões nacionais de drogas, conforme seja o caso.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

CD50/18, Rev. 1 (Port.)

Anexo E

**Relatório sobre as implicações financeiras e administrativas
para a Secretaria das resoluções propostas para adoção**

1. Tema da agenda: 4.14 Estratégia sobre o uso de substâncias e saúde pública

2. Vínculo com o orçamento por programas 2008-2009:

(a) **Área de trabalho:** Desenvolvimento sustentável e saúde ambiental

(b) **Resultado previsto:**

RER 6.4: Estados Membros apoiados através de cooperação técnica para elaborar políticas, estratégias, programas e diretrizes éticas e com base científica para prevenir e reduzir o uso de álcool, drogas e outras substâncias psicoativas e problemas relacionados.

RER 3.1: Estados Membros apoiados através de cooperação técnica para aumentar os compromissos políticos, financeiros e técnicos para o tratamento de afecções não transmissíveis crônicas, transtornos mentais e de conduta, violência, segurança viária e incapacidades.

RER 3.2: Estados Membros apoiados através de cooperação técnica para a formulação e implementação de políticas, estratégias e regulamentações com respeito às afecções não transmissíveis crônicas, transtornos mentais e de conduta, violência, segurança viária, incapacidades e patologias bucodentais.

RER 3.3: Estados Membros apoiados através de cooperação técnica para melhorar as capacidades de coleta, análise, difusão e uso de dados sobre a magnitude, causas e consequências de afecções não transmissíveis crônicas, transtornos mentais e de conduta, violência, lesões causadas por acidentes de trânsito e incapacidades.

RER 3.4: Evidências aprimoradas compiladas pela Repartição sobre a eficácia em função do custo das intervenções para o tratamento de afecções não transmissíveis crônicas, transtornos mentais e de conduta, violência, lesões causadas por acidentes de trânsito, incapacidades e saúde bucodental.

RER 3.5: Estados Membros apoiados através de cooperação técnica para a preparação e implementação de programas multissetoriais que contemplem toda a população para promover a saúde mental e a segurança viária, e prevenir afecções não transmissíveis crônicas, transtornos mentais e de conduta, violência e lesões, assim como a deficiência visual e de audição, inclusive a cegueira.

RER 3.6: Estados Membros apoiados através de cooperação técnica para fortalecer seus sistemas sociais e de saúde para a prevenção e o tratamento integrado de afecções não transmissíveis crônicas, transtornos mentais e de conduta,

RER 4.6:	violência, lesões causadas por acidentes de trânsito e incapacidades. Estados Membros apoiados através de cooperação técnica para a implementação de políticas e estratégias para a saúde e desenvolvimento dos adolescentes.
RER 6.1:	Estados Membros apoiados através de cooperação técnica para fortalecer sua capacidade de promoção da saúde em todos os programas pertinentes; e estabelecer colaborações multissetoriais e multidisciplinares eficazes para a promoção da saúde e prevenção ou redução dos principais fatores de risco.
RER 6.2:	Estados Membros apoiados através de cooperação técnica para fortalecer os sistemas nacionais de vigilância dos principais fatores de risco através do desenvolvimento e validação de estruturas, ferramentas e procedimentos operacionais e sua difusão.
RER 7.1:	Importância dos fatores determinantes da saúde e das políticas sociais reconhecida em toda a Organização e incorporada no trabalho normativo e cooperação técnica com os Estados Membros e outros parceiros.
RER 7.2:	Iniciativa tomada pela OPAS/OMS ao proporcionar oportunidades e meios para a colaboração intersectorial nos níveis nacional e internacional para abordar os fatores determinantes de saúde socioeconômicos e promover a redução da pobreza e o desenvolvimento sustentável.
RER 7.3:	Dados socioeconômicos relevantes à saúde compilados e analisados de forma desagregada (por sexo, idade, etnia, renda e estado de saúde, como doença ou incapacidade).
RER 7.4:	Abordagens de saúde baseadas na ética e em direitos humanos promovidas dentro da OPAS/OMS e no âmbito nacional, regional e global.
RER 7.5:	Análise de problemas de gênero e ações de resposta incorporadas ao trabalho normativo da OPAS/OMS, e cooperação técnica prestada aos Estados Membros para a formulação de políticas e programas sensíveis ao gênero.
RER 7.6:	Estados Membros apoiados através de cooperação técnica para elaborar políticas, planos e programas que apliquem um enfoque intercultural para a atenção primária à saúde e que procurem estabelecer alianças estratégicas com interessados diretos e parceiros relevantes para melhorar a saúde e o bem-estar dos povos indígenas e grupos raciais/étnicos.
RER 8.3:	Estados Membros apoiados através de cooperação técnica para fortalecer a formulação de políticas de saúde ocupacional e ambiental, o planejamento de intervenções preventivas, a prestação de serviços e a vigilância.
RER 8.4:	Orientação, ferramentas e iniciativas criadas para apoiar o setor da saúde de modo a influenciar políticas em setores prioritários (por exemplo: energia, transporte, agricultura), avaliar os impactos sanitários, determinar os custos e benefícios das opções de política nestes setores e aproveitar os investimentos setoriais não relativos à saúde para melhorar a saúde.
RER 8.5:	Liderança do setor de saúde aprimorada para promover um ambiente mais sadio e influenciar políticas públicas em todos os setores a fim de atacar as causas fundamentais de ameaças ambientais à saúde por meio da resposta a questões de saúde ambiental emergentes e reemergentes decorrentes do desenvolvimento, tecnologias em evolução, outras mudanças ambientais

globais e padrões de consumo e de produção.

- RER 10.1: Estados Membros apoiados através de cooperação técnica para fortalecer os sistemas de saúde com base na atenção primária à saúde, promovendo o acesso equitativo a serviços de saúde de boa qualidade, com a prioridade dada aos grupos populacionais vulneráveis.
- RER 10.2: Estados Membros apoiados através de cooperação técnica para fortalecer práticas de organização e de gestão em instituições e redes de serviços de saúde, com vistas a melhorar o desempenho e alcançar colaboração e sinergia entre os provedores públicos e privados.
- RER 10.3: Estados Membros apoiados através de cooperação técnica para fortalecer os programas para a melhoria da qualidade da atenção e segurança dos pacientes.
- RER 11.1: Estados Membros apoiados através de cooperação técnica para fortalecer a capacidade da autoridade sanitária nacional para exercer sua função diretora; melhorar a análise de política, a formulação, regulamentação, planejamento estratégico e implementação de mudanças no sistema de saúde; e melhor coordenação intersetorial e interinstitucional nos níveis nacional e local.
- RER 11.2: Estados Membros apoiados através de cooperação técnica para aperfeiçoar sistemas de informação sanitária no âmbito regional e nacional.
- RER 11.3: Estados Membros apoiados através de cooperação técnica para aumentar o acesso equitativo a informações, conhecimentos e evidência científica para a tomada de decisão relevantes para a saúde, bem como sua difusão e utilização.
- RER 11.4: Estados Membros apoiados através de cooperação técnica para facilitar a geração e transferência do conhecimento em áreas prioritárias, inclusive a saúde pública e a pesquisa sobre sistemas de saúde, assegurando que os produtos atendam aos padrões éticos da OMS.
- RER 13.1: Estados Membros apoiados através de cooperação técnica para desenvolver planos e políticas de recursos humanos para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde com base na atenção primária à saúde e a consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs).
- RER 13.3: Estados Membros apoiados através de cooperação técnica para formular e implementar estratégias e incentivos para o recrutamento e contratação de funcionários da área de saúde para atender às necessidades dos sistemas de saúde com base na atenção primária à saúde renovada.
- RER 13.4: Estados Membros apoiados através de cooperação técnica para fortalecer os sistemas de educação e estratégias no âmbito nacional, com o objetivo de desenvolver e manter as competências dos profissionais de saúde, com concentração na atenção primária à saúde.

3. Implicações financeiras: A estratégia tem implicações financeiras para a Organização.

- (a) **Custo total estimado de implementação da resolução durante a sua vigência (arredondado para os US\$ 10.000 mais próximos, inclui pessoal e atividades):** US\$450.000 por ano durante 10 anos, totalizando \$4.500.000.
- (b) **Custo estimado para o biênio 2010-2011 (arredondado para os US\$ 10.000 mais próximos, inclui pessoal e atividades):** US\$650.000.
- (c) **Do custo estimado em b) o que pode ser incluído nas atividades já programadas?**US\$410.000.

4. Implicações administrativas

- (a) **Indicar os níveis da Organização em que o trabalho será realizado:** Âmbitos regional, sub-regional e do país.
- (b) **Pessoal adicional necessário (indicar o pessoal adicional necessário no equivalente de tempo integral, indicando as habilidades necessárias):** Cargo de nível profissional (exigindo o grau de mestre em saúde pública) para fornecer apoio técnico e coordenar e monitorar a implementação de projetos específicos do país.
- (c) **Cronogramas (indicar o cronograma geral de implementação e avaliação):** 2011-2021.