

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

ROSANE TEREZINHA XAVIER

DESAFIOS NA ATENÇÃO INTEGRAL DE PACIENTES USUÁRIOS DE CRACK E  
OUTRAS DROGAS NOS CAPS AD.

São Leopoldo

2012

ROSANE TEREZINHA XAVIER

DESAFIOS NA ATENÇÃO INTEGRAL DE PACIENTES USUÁRIOS DE CRACK E  
OUTRAS DROGAS NOS CAPS AD.

Dissertação de Mestrado apresentado ao  
Programa de Pós Graduação em Psicologia,  
Área de Concentração: Psicologia Clínica, da  
Universidade do Vale do Rio dos Sinos,  
como requisito parcial para obtenção do Grau  
de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Janine Kieling  
Monteiro

São Leopoldo

2012



*“O mundo é um lugar perigoso de se viver, não por causa daqueles que fazem o mal, mas sim por causa daqueles que observam e deixam o mal acontecer.”*  
(Albert Einstein).

A toda a minha família,  
em especial, aos meus pais  
Claudionor e Genezi (in memoriam)

## **AGRADECIMENTOS**

Muitas são as pessoas que fizeram parte desta minha caminhada. Desejo agradecer, em especial:

- aos meus pais, Claudionor Xavier e Genezi A. Xavier (in memoriam) pelo amor, carinho e prazer de estudar, e pelos conhecimentos que me foram transmitidos;
- à minha família, em especial, à Eloisa X. Bottan, Cristiano C. Bottan , Augusto X. Bottan, Marcelo X. Bottan, Aline M. Xavier e Paulo Augusto Xavier, pela compreensão e pelos muitos momentos me privei da presença deles;
- à minha orientadora, profa. Dra. Janine K. Monteiro pela sua presença, carinho, dedicação, disponibilidade, amizade, profissionalismo e parceria;
- aos meus colegas de trabalho, em especial, Eliane Scolari, Maria Rosana Medeiros e Valdeci Mota;
- às minhas colegas de mestrado, em especial, Alessandra, Carla, Eliane e Jeovana;

- a todos os professores do curso do PPG da Psicologia/Unisinos pela constante disponibilidade e pelo aprendizado recebido;
- à profa. Dra. Sandra Regina M. Vial e aos profissionais da Secretaria da Saúde/RS, que, direta ou indiretamente, propiciaram a concretização de realizar este mestrado;
- aos trabalhadores de Saúde Mental dos municípios, em especial aos psicólogos dos CAPS AD que se dispuseram a participar deste estudo;
- às professoras da Banca, profas. Dra. Irani Argimon e Dra. Silvia Benetti, pela disponibilidade em realizar a leitura e avaliação desta dissertação;

E a todos que, direta ou indiretamente, ajudaram-me a concretizar este sonho, agradeço imensamente.

Meu carinho e muito obrigada!

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE SIGLAS.....</b>	<b>08</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>10</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>12</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>13</b>
<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>SEÇÃO I - ARTIGO TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
<b>1. DESAFIOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO CONTEXTO BRASILEIRO NO ENFRENTAMENTO DO CRACK E OUTRAS DROGAS.....</b>	<b>15</b>
Resumo.....	16
Abstract .....	17
1.1 Introdução .....	18
1.2 Políticas Públicas sobre drogas para a atenção integral de usuários de drogas .....	19
1.3 Reflexões sobre as Políticas Públicas e o enfrentamento e atenção ao usuário de drogas .....	31

1.4 Considerações Finais.....	33
1.5 Referências.....	35
<b>SEÇÃO II - ARTIGO EMPÍRICO .....</b>	<b>39</b>
<b>2. INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS DOS PSICÓLOGOS NO TRATAMENTO DE PACIENTES USUÁRIOS DE CRACK E OUTRAS DROGAS NOS CAPS AD .....</b>	<b>39</b>
Resumo.....	40
Abstract .....	41
2.1 Introdução .....	42
2.2 O crack e outras drogas .....	43
2.3 O CAPS AD como um dos serviços de atendimento a usuários de crack e outras drogas no âmbito do SUS.....	46
2.4 Intervenções terapêuticas .....	47
2.5 Método .....	51
2.5.1. Participantes .....	51
2.5.2. Instrumento e Procedimentos de Coleta de Dados .....	53
2.5.3. Procedimentos de Análise dos Dados .....	54
2.5.4. Resultados e Discussão .....	55
2.5.1.1 Intervenção instituição CAS AD .....	54
2.5.1.2. Intervenção do profissional de Psicologia .....	58
2.5.1.3. Dificuldades .....	59
2.5.1.4. Desafios e Sugestões.....	63
2.6. Considerações Finais.....	67
2.7. Referências .....	69
<b>3 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO .....</b>	<b>76</b>
<b>4 ANEXOS .....</b>	<b>79</b>
4.1 ANEXO A – Roteiro da entrevista.....	78

## **LISTA DE SIGLAS**

1ª CRS/SES/RS – 1ª Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

AB – Atenção Básica

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APA – American Psychological Association

BT – Terapia Comportamental

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental

CF – Constituição Federal

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CND – Comissão de Narcóticos (ONU) (Commission on Narcotic Drugs)

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COMAD – Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas

COMEN – Conselho Municipal de Entorpecentes

CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas  
CONEN – Conselho Estadual de Entorpecentes  
CONFEN – Conselho Federal de Entorpecentes  
CREMES – Conselho Regional de Medicina  
CR – Consultório de Rua  
CRP RS – Conselho Regional de Psicologia do Estado do Rio Grande do Sul  
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde  
CT – Comunidades Terapêuticas  
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental  
DNS – Departamento Nacional de Saúde  
FUNAD – Fundo Nacional Antidrogas  
FUNCAB – Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso  
INBC – International Narcotics Control Board  
JIFE – Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes  
MJ – Ministério da Justiça  
MS – Ministério da Saúde  
NAPS – Núcleo de Assistência Psicossocial  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
NIDA – National Institute on Drug Abuse  
NTA – National Treatment Agency for Substance Misuse  
OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas  
OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONGs – Organizações não governamentais  
ONU – Organização das Nações Unidas  
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde  
PEAD – Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas  
PNAD – Política Nacional Antidrogas  
PSF – Programa Saúde da Família  
PR – Prevenção de Recaída  
PRONAL – Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o Consumo do Álcool  
RD – Redução de Danos  
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada  
RPA – Reforma Psiquiátrica Anticomercial  
SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas  
SES/RS – Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul  
SHRad – Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e outras Drogas  
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais  
SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS  
SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas  
SM – Saúde Mental  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SPA – Substâncias psicoativas  
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TC – Terapia Cognitiva  
TCC – Terapia Cognitivo Comportamental  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TH – Treinamento de Habilidades

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNODC – Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

UPA – Unidades de Pronto Atendimento.

**LISTA DE TABELAS**

TABELA 01 – Convenções e protocolos assinados pelo Brasil junto à ONU.....	18
TABELA 02 – Políticas Públicas sobre drogas.....	20
TABELA 03 – Políticas Públicas de Saúde do Ministério da Saúde no âmbito do SUS.....	25
TABELA 04 – Perfil dos Serviços de Saúde CAPS AD e dos participantes .....	52
TABELA 05 – Intervenção instituição CAPS AD: Atividades realizadas/desenvolvidas.. ..	56
TABELA 06 – Intervenção profissional de psicologia: abordagens psicoterapêuticas segundo Linhas Teóricas .....	59
TABELA 07 – Dificuldades no tratamento: Dependência .....	60
TABELA 08 – Dificuldades no tratamento: Processos/Condições de Trabalho.....	62

## RESUMO

O crescimento do consumo do crack e outras drogas no Brasil e os problemas relacionados ao seu uso é visto atualmente como um grande desafio para a Saúde Pública. Os Centros de Atenção Psicossociais Álcool e Drogas (CAPS AD) são um dos serviços de atenção psicossocial da rede de atenção, no âmbito do Sistema Único de Saúde, especializados no atendimento de usuários de drogas. Para tratar dos desafios na atenção integral de usuários de crack e outras drogas esta dissertação de mestrado, foi dividida em dois artigos. O primeiro artigo, de cunho teórico, através da revisão de literatura e legislação brasileira, discorreu sobre a construção das Políticas Públicas sobre Drogas, implementada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (MS). Neste, também foi feito um recorte da pesquisa desenvolvida no segundo artigo onde são apresentados os resultados com relação ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e o programa de Redução de Danos. O segundo artigo empírico teve como objetivo caracterizar as intervenções terapêuticas no tratamento de pacientes usuários de crack e outras drogas, levando em consideração as ações, as dificuldades, as abordagens terapêuticas e os desafios e sugestões para o enfrentamento das drogas, segundo psicólogos que desenvolvem suas atividades neste contexto. Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter descritivo, com a participação de oito psicólogos, inseridos nos CAPS AD, nos municípios da região metropolitana de Porto Alegre/RS. Respeitando todos os procedimentos éticos para a realização da pesquisa com seres humanos, para a coleta de dados, utilizou-se entrevistas semiestruturadas, com roteiro previamente estabelecido. Os dados obtidos foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo, segundo Bardin. Dentre os resultados, destaca-se que não há ações específicas para o tratamento do crack nos CAPS AD estudados, os quais buscam a reinserção social dos pacientes, apesar de encontrarem várias dificuldades no tratamento da dependência, nos processos e condições de trabalho e na retaguarda de rede no âmbito do SUS. Os desafios e sugestões apresentados relacionam-se, sobretudo, a melhorias na gestão e ao trabalho de rede. Concluiu-se que os usuários de crack possuem peculiaridades em seu quadro, exigindo o desenvolvimento de um trabalho intersetorial, inclusive para alcançar os usuários em vulnerabilidade social que não chegam aos serviços de saúde, o número insuficiente de CAPS AD para atender a demanda, entre outros. Sugerem-se pesquisas com outros profissionais de saúde das equipes dos CAPS AD, inclusive dos CAPS que atendem usuários de drogas em municípios menores, a eficácia da rede de atenção e a aplicabilidade prática das ações imediatas e estruturantes do Plano de Enfrentamento ao crack e outras drogas.

Palavras-chave: CAPS AD, Políticas sobre Drogas, Políticas do Ministério da Saúde, crack e outras drogas, Psicólogo, Intervenções terapêuticas.

## ABSTRACT

Consumption growth of crack and other drugs in Brazil and problems related to its use is currently seen as a major challenge for public health. Psychosocial Attention Centers Alcohol and Drugs Alcohol and Drugs (CAPS AD) is one of the psychosocial care services network care under the National Health System, specializing in the care of drug users. To address the challenges in the undivided attention of users of crack and other drugs this dissertation was divided into two articles. The first article, the theoretical / empirical, through literature review and the Brazilian legislation, talked about the construction of Public Policies on Drugs, implemented by the National Drug Policy (SENAD) and Policy of Integral Attention to the User of Alcohol and Other Drugs of the Ministry of Health (MOH). This also was made part of a research developed in the second article where the results are presented in relation to the Comprehensive Plan to Combat Crack and Other Drugs and Harm Reduction program. The second empirical paper aimed to characterize the therapeutic interventions in the treatment of patients using crack and other drugs, taking into account the stock, the difficulties, therapeutic approaches and the challenges and suggestions for dealing drugs, according to psychologists who develop their activities in this context. This is a qualitative study of a descriptive nature, with the participation of eight psychologists, entered in CAPS AD, in the metropolitan region of Porto Alegre / RS. Respecting all ethical procedures for conducting the research with humans, for data collection, we used semi-structured interviews with previously established routine. The data were subjected to the technique of content analysis according to Bardin. Among the results, it is emphasized that no specific actions for the treatment of AD crack in the CAPS study, which seek to rehabilitate patients, despite various difficulties in finding addiction treatment, processes and working conditions and the rear network within the SUS. Challenges and suggestions made relate mainly to improvements in management and the work network. It was concluded that crack users have peculiarities in their framework, requiring the development of an intersectoral work, even to reach users on social vulnerability that does not come to health services, the insufficient number of CAPS AD to meet the demand, among other. We suggest research with other health teams AD CAPS, including CAPS that serve drug users in smaller municipalities, the effectiveness of the care network and the practical applicability of the immediate actions and structuring of the Plan to Combat crack and other drugs.

**Keywords:** CAPS AD Policies on Drugs Policies of the Ministry of Health, crack and other drugs, Psychologist, therapeutic interventions

## APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de mestrado em Psicologia Clínica buscou refletir sobre a problemática das drogas diante do aumento do uso de crack na população brasileira, considerada, atualmente, um problema de saúde pública. A necessidade de combate às drogas e da atenção integral aos usuários de drogas fez com que, no último ano, o Governo Federal, juntamente com organizações governamentais e não-governamentais, lançasse o Plano de Enfrentamento de Crack e Outras Drogas, ampliando os serviços de saúde e a rede de atenção integral aos usuários de drogas.

Como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) são um dos serviços de atenção psicossocial, especializados no atendimento de pacientes usuários de álcool e outras drogas, o presente estudo foi desenvolvido nesses centros. Nesse intento, o trabalho teve como objetivo caracterizar as intervenções terapêuticas dos psicólogos no tratamento de usuários de crack nos CAPS AD nos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS, pertencentes à 1ª Coordenadoria Regional de Saúde/SES/RS (1ª CRS/SES/RS).

Os resultados da pesquisa foram dispostos em dois artigos. No primeiro, de revisão de literatura, procuramos refletir sobre a construção das políticas públicas voltadas à temática do crack e outras drogas. Buscamos fazer o percurso histórico através das principais legislações, desde o século passado até os dias atuais, com as legislações vigentes e as novas perspectivas de atenção integral aos usuários de crack e outras drogas, bem como o atual Plano de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas e como ele é visto pelos profissionais de saúde pesquisados. Já na segunda seção é apresentado o artigo empírico, enfocando o crack e outras drogas, o trabalho dos CAPS AD, em especial, dos psicólogos e as intervenções no tratamento da dependência de substâncias psicoativas (SPA).

Espera-se, assim, poder auxiliar nas políticas públicas, em especial as de saúde, no conhecimento das abordagens psicoterapêuticas utilizadas na identificação das dificuldades encontradas, das ações e experiências exitosas que os CAPS AD vêm desenvolvendo e das sugestões desses profissionais no enfrentamento ao crack e outras drogas.

**SEÇÃO I**

**ARTIGO TEÓRICO**

**1. DESAFIOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO CONTEXTO BRASILEIRO NO  
ENFRENTAMENTO DO CRACK E OUTRAS DROGAS**

## RESUMO

O crescimento do consumo do crack e outras drogas no Brasil e os problemas relacionados ao uso é visto atualmente como um grande desafio para a sociedade. Na trajetória brasileira, os discursos giraram entre os proibicionistas e os de questões de saúde pública. Diversas alterações legislativas culminaram numa Política Pública sobre Drogas, com uma mudança de paradigma na abordagem de usuários, dependentes e traficantes. Assim, numa contextualização histórica, o presente artigo, de cunho teórico/empírico buscou conhecer os desafios das políticas públicas na atenção aos usuários de crack e outras drogas, no processo de direitos sociais, garantidos pela Constituição Federal brasileira. Apresenta para tanto, uma revisão de literatura, a legislação brasileira sobre drogas, os acordos firmados internacionalmente (junto às Organizações das Nações Unidas) e a Política de Atenção aos Usuários de Drogas (do Ministério da Saúde). Concluiu-se que houve avanços e retrocessos, com excesso de leis e revogações destas e a criação de órgãos, mudanças de nomenclatura e de gestão nos diversos órgãos do governo relacionados à política sobre drogas. Dada a complexidade da problemática das drogas, há necessidade de ações efetivas de modo a consolidar o direito à saúde e dignidade de todos os usuários de drogas, dependentes ou não.

Palavras-chaves: Políticas Públicas, Políticas de Saúde, Crack e outras drogas, Plano de Enfrentamento ao crack e outras drogas.

## ABSTRACT

Consumption growth of crack and other drugs in Brazil and problems related to the use is currently seen as a major challenge for society. In Brazilian history, speeches turned between the prohibitionists and public health issues. Several legislative changes culminated in a Public Policy on Drugs, with a paradigm shift in approach users, addicts and traffickers. Thus, in a historical context, this paper, the theoretical / empirical sought to meet the challenges of public policies on care for the users of crack and other drugs in the process of social rights, guaranteed by the Brazilian Federal Constitution. Presents for this, a literature review, the Brazilian legislation on drugs, international agreements signed (with the United Nations Organizations) and Policy Attention to Drug Users (Ministry of Health). To illustrate the views of professionals working in CAPS AD on the Comprehensive Plan to Combat Crack and Other Drugs, it included a clipping from a descriptive qualitative research conducted with eight psychologists working in CAPS AD, the metropolitan area of Porto Alegre/RS. With respect to the Plan to Combat crack and other drugs, this is perceived as a new perspective on the problem of drugs, but it is in theory, requiring the implementation of several devices on the network of care, with the effective participation of professionals health and managers. It was concluded that there were ebbs and flows, with an excess of these laws and withdrawals and the creation of organs, changes in classification and management in the various government agencies related to drug policy. Given the complexity of the problem of drugs, there is need for effective action in order to consolidate the right to health and dignity of all drug users, dependent or not.

**Keywords:** Public Policy, Health Policy, crack and other drugs, Plan to Combat crack and other drugs

## 1.1 Introdução

Historicamente, a relação do homem com as drogas sempre existiu. No entanto, as diferenças no uso de drogas entre os povos primitivos e seu uso atual denotam diferentes estilos, formas e finalidades. O uso abusivo de álcool e outras drogas, abordado por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica, deixa uma lacuna se não forem levadas em consideração suas implicações psicológicas, sociais, familiares, econômicas e políticas.

A adesão a drogas é considerada uma enfermidade complexa que afeta o funcionamento do cérebro e o comportamento do usuário, e a dependência química é reconhecida como uma doença pela Organização Mundial da Saúde (OMS). As substâncias psicoativas (SPA) como o álcool, a maconha, a cocaína, o crack, os psicotrópicos, entre outras, alteram a estrutura e a função do cérebro e ocasionam mudanças que persistem muito tempo depois que o usuário tenha cessado o consumo, podendo causar dependência. Essa é uma das explicações do porquê de as pessoas que tiveram problemas de drogadição correrem o risco de recaídas, inclusive depois de longos períodos de abstinência (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2009).

De acordo com o II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (Carlini, Galduróz, Noto, Fonseca, Carlini, *et al.*, 2007), houve um aumento no consumo de uso de substâncias psicoativas, sendo a maconha, os opiáceos e o crack os que apresentaram maior crescimento. A cocaína é a droga mais traficada em nível mundial, seguida da *cannabis* herbácea e da resina de *cannabis*. No ano de 2008, as apreensões mundiais de cocaína permaneceram geralmente estáveis, com aproximadamente 711 toneladas. A América do Sul foi responsável por 60% do valor global, continuando a registrar a maior quantidade apreendida, seguida pela América do Norte, com 28%, e Europa Ocidental e Central, com 11% (Commission on Narcotic Drugs [CND], United Nation Office on Drugs and Crime [UNODC], 2009; UNODC, 2010).

Com base nas ideias de Dallari (2003, p. 47-48), a saúde não pode ser vista apenas como um aspecto individual, nem se pode dispor às pessoas “*todos os meios para a promoção, proteção ou recuperação da saúde para que o Estado responda satisfatoriamente à obrigação de garantir a saúde do povo (...)*”. Assim, neste artigo, buscamos conhecer e analisar o processo de montagem das políticas públicas sobre drogas e seu processo histórico, com suas articulações em nível nacional e internacional, assim como se deu o ordenamento

jurídico até os dias de hoje, no processo de direitos sociais, garantidos pela Constituição Federal brasileira.

## 1.2 Políticas Públicas sobre drogas para a atenção integral de usuários de drogas

Lembrando Dallari (2003, p. 47), “*a saúde pública tem um caráter coletivo. O Estado contemporâneo controla o comportamento dos indivíduos no intuito de impedir-lhes qualquer ação nociva à saúde de todo o povo. E o faz por meio de lei*”. Para refletirmos sobre as ações de enfrentamento propostas pelo governo brasileiro, faz-se necessária uma contextualização histórica do processo de obtenção de direitos à saúde no país, em particular, dos dependentes de substâncias psicoativas.

Devido ao grande número de leis, decretos, medidas provisórias e resoluções que englobam essa temática e para melhor compreensão e visualização, esses dados foram divididos em tabelas: tabela 01 (Convenções e Protocolos assinados pelo Brasil junto à Organização das Nações Unidas [ONU]), tabela 02 (Políticas Públicas sobre Drogas) e tabela 03 (Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde [MS]). Essas tabelas trazem o ordenamento jurídico brasileiro, com as respectivas datas, a proposição das leis e observações, incluindo alterações, revogações e alguns comentários. Grande parte dessas informações será utilizada como referência para a reflexão proposta neste artigo.

**Tabela 01**

**Convenções e os protocolos assinados pelo Brasil junto à ONU**

<b>ANO</b>	<b>INSTRUMENTOS LEGAIS DAS NAÇÕES UNIDAS</b>	<b>INCORPORADOS AO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO</b>
<b>1961</b>	<b>Convenção Única de Entorpecentes</b> - medidas de controle e fiscalização; competência das Nações Unidas em matéria de fiscalização internacional de entorpecentes; disposições penais, todas as formas dolosas de tráfico, produção, posse, etc., de entorpecentes sejam punidas adequadamente; toxicômanos: tratamento médico e que sejam criadas facilidades à sua reabilitação.	<b>Decreto nº 54.216 de 27/08/1964.</b> - alterado pela Convenção de 1972.
<b>1971</b>	<b>Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas</b> – controle da preparação, uso e comércio de psicotrópicos.	<b>Decreto Legislativo nº 90, de 05/12/1972:</b> aprovou o texto da Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, assinada em 21/02/1971 pelo Brasil.

---

1972	<b>Protocolo de Emendas à Convenção de 1961</b> - alterou a composição e as funções do Órgão Internacional de Controle de Entorpecentes; ampliou as informações a serem fornecidas para controle da produção de entorpecentes naturais e sintéticos; salientou a necessidade de tratamento que deve ser fornecido ao toxicômano.	<b>Decreto nº 79.388 de 14/03/1977:</b> promulgou a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas.
1988	<b>Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas</b> - complementou as Convenções de 1961 e 1972. Entrou em vigor internacional em 11 de novembro de 1990.	<b>Decreto Legislativo nº 88, de 05/12/1972:</b> aprovou o texto do protocolo de Emendas à Convenção Única e Entorpecentes, de 1961, firmado pelo Brasil e por outros países, em Genebra, em 25/03/1972. <b>Decreto nº 76.248 de 12/09/1975:</b> aprovou o texto do protocolo de Emendas à Convenção Única e Entorpecentes, de 1961, firmado pelo Brasil e por outros países, em Genebra, em 25/03/1972. <b>Decreto nº 154 de 26/06/1991:</b> promulgou a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas. <b>Decreto legislativo nº 162, de 14/06/1991:</b> aprovou e promulgou o texto da Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e de Substâncias Psicotrópicas, aprovada em Viena, em 20/12/1988.

---

Fonte: <http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/convenc.htm>;  
[http://www.incb.org/pdf/e/conv/1988\\_convention\\_en.pdf](http://www.incb.org/pdf/e/conv/1988_convention_en.pdf);  
<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>.

No século XIX, na maioria dos países, o combate ao comércio de drogas não era regulamentado. A Convenção Internacional do Ópio, em 1912, realizada há cem anos, foi considerada o primeiro tratado internacional relacionado às drogas e refletiu sobre o reconhecimento da necessidade de proteção internacional e cooperação em matéria de controle de drogas. Nessa época, as ações de combate às drogas eram realizadas por organizações não-governamentais (International Narcotics Control Board [INBC], 2012; UNODC, 2011).

No cenário brasileiro, ainda no início do século passado, as políticas públicas sobre drogas traziam uma perspectiva de repressão ao tráfico e aos usuários de drogas, como o Decreto-Lei nº 891/1938 (tabela 02), da Fiscalização de Entorpecentes, que foi incorporado ao Código Penal de 1941, segundo o qual os usuários eram criminalizados. As ações de saúde que visavam ao tratamento dos usuários eram realizadas quase que exclusivamente por instituições privadas de cunho religioso, ficando o Estado encarregado das execuções criminais (Alves, 2009; Zanchin, 2011).

A criação da ONU, em 1945, e a consequente Commission on Narcotic Drugs [CND], no ano seguinte, foram consideradas um marco no contexto histórico para a consolidação de políticas públicas sobre drogas, com orientação proibicionista, potencializando, mundialmente, os debates em torno da questão das drogas entre os países. Além disso, teve como meta a formulação de políticas buscando o fortalecimento de controle e repressão internacional às drogas. Foram realizadas, nos anos de 1961, 1971 e 1988, três Convenções

Internacionais, que foram conhecidas como as Convenções-Irmãs. As Convenções da ONU sobre drogas, ratificadas pela maioria dos países (inclusive o Brasil), formam a base da legislação internacional sobre drogas (Alves, 2009).

A responsabilidade de monitorar a observância dos países em relação aos tratados internacionais de controle de drogas é feita pela International Narcotics Control Board (INBC), que é um órgão independente de governos e da ONU (INBC, 2012). O Brasil se fez presente em várias convenções e assinou vários protocolos de acordos internacionais de combate às drogas.

Muitas alterações legislativas ocorreram no curso do ordenamento jurídico brasileiro referente às drogas até o Brasil consolidar uma Política Nacional sobre Drogas, a partir destas novas orientações internacionais. Na década de 60, no Brasil, as ações governamentais continuavam com o enfoque repressivo e com o objetivo de controlar o tráfico e o consumo de SPA. As primeiras intervenções de saúde foram referenciadas pela Lei nº. 5.726/1971 (tabela 02). Essa lei ainda dispensava o mesmo tratamento penal a usuários e traficantes. As internações psiquiátricas, baseadas no modelo hospitalocêntrico, era a única forma de tratamento para a recuperação dos usuários que eram considerados viciados infratores. Essas intervenções eram baseadas na racionalidade proibicionista e punitiva (Alves, 2009; Garcia, Leal & Abreu, 2008).

**Tabela 02**

**Políticas Públicas sobre Drogas**

<b>ANO</b>	<b>LEGISLAÇÃO</b>	<b>PAUTA</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
<b>1938</b>	Decreto-Lei nº 891	Fiscalização de Entorpecentes	- Incorporado ao Código Penal de 1941.
<b>1971</b>	Lei nº 5.726, de 29 de outubro.	Medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.	- Revogada pela Lei nº 6368, de 22/10/1976.
<b>1976</b>	Lei nº 6.368, de 21 de outubro.	Medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.	- Revogou as disposições em contrário, em especial o art. 311 do Decreto-lei nº 1.004, de 21/10/1969, com as alterações da Lei nº 6.016, de 31/12/1973, e a Lei nº 5.726, de 29/10/1971, com exceção do seu art. 22; - alterada pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 04/09/2001; - revogada pela Lei nº 11.343, de 23/08/2006.
<b>1980</b>	Decreto nº 85.110, de 02 de setembro.	Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes.	- Prevenção, fiscalização e repressão ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determine dependência física ou psíquica, bem

			como as atividades de recuperação de dependentes;
			- revogou os Decretos nºs 86.856, de 14/01/1982, 89.283, de 10/01/1984 e 93.171, de 25/08/1986;
			- revogado pelo Decreto nº 2.632, de 19/06/1998;
<b>1986</b>	Lei nº 7.560, de 19 de dezembro.	Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso (FUNCAB). Bens apreendidos e adquiridos com produtos de tráfico ilícito de drogas ou atividades correlatas.	- revogado o § 2º do art. 34 da Lei nº 6.368, de 21/10/1976;
			- regulamentado pelo Decreto nº 95.650, de 19/01/1988.
			- alterada pela Lei nº 8.764, de 20/12/1993, e ratificado pela Lei nº 9.240, de 22/12/1995.
<b>1993</b>	Lei nº 7.560, de 19 de dezembro.	Criação da Secretaria Nacional de Entorpecentes e altera a redação dos arts. 2º e 5º da Lei nº 7.560/1986	- alterada pela Lei nº 8.764, de 20/12/1993, e ratificado pela Lei nº 9.240, de 22/12/1995.
<b>1998</b>	Medida Provisória nº 1.669, de 19 de junho.	Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD).	- regulamentada pelo Decreto nº 2.632, de 19/06/1998 que revogou os Decretos nº 85.110, de 02/09/1980, nº 86.856, de 14/01/1982, nº 89.283, de 10/01/1984 e nº 93.171, de 25/08/1986.
			- revogada e reeditada pela MPv nº 1.689-1, 1998 e reeditada pela MPv nº 1.689-4, 1998.
	Decreto nº 2.632, de 19 de junho.	Sistema Nacional Antidrogas.	- revogou os Decretos nº 85.110, de 02/09/1980, nº 86.856, de 14/01/1982, nº 89.283, de 10/01/1984 e nº 93.171, de 25/08/1986;
			- revogado pelo Decreto nº 3.636, de 21/12/2000.
	Medida Provisória nº 1.689, de 27 de agosto.	Alteração da Lei nº 9.649, de 27/05/1998: organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências.	- art. 2º: Conselho Federal de Entorpecentes, do MJ, transformado em Conselho Nacional Antidrogas e transferida para a Casa Militar da Presidência da República e art. 3º: Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate ao Abuso de Drogas (FUNCAB) transferido do âmbito do MJ para a Secretaria Nacional Antidrogas da Casa Militar da Presidência da República; reeditada pela Medida Provisória nº 1.689-4, de 25/09/1998.
	Medida Provisória nº 1689-004, de 25 de setembro.	Alteração da Lei 9.649, de 27/05/1998, que dispõe sobre a Organização da Presidência da República e dos Ministérios.	
<b>1999</b>	Lei nº 9.804, de 30 de junho.	Fundo de Prevenção e Combate às Drogas de Abuso	- FUNCAB.
<b>2000</b>	Decreto nº 3.696, de 21 de dezembro.	Sistema Nacional Antidrogas.	- Revogou os Decretos nºs 2.632, de 19/06/1998 e nº 2.792, de 01/10/1998.
<b>2001</b>	Medida Provisória nº 2.216-37, de 31 de agosto.	Alteração dos dispositivos da Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências.	- Denominação do FUNCAB para FUNAD;
			- revogado por diversas leis.
<b>2002</b>	Lei nº 10.409, de 11 de janeiro.	Prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos,	- Substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo MS.

		substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica.	
	Decreto nº 4.345 de 26 de agosto.	Política Nacional Antidrogas.	- PNAD.
<b>2005</b>	Resolução nº 03/ GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro.	Política Nacional sobre Drogas.	- Aprovado por deliberação do Conselho Nacional Antidrogas em reunião de 23/05/2005.
<b>2006</b>	Lei nº 11.343, de 23 de agosto.	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD. 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.	- Distinção entre usuários/dependentes de drogas e traficantes; - medidas sócio-educativas aplicadas pelos juizados especiais criminais a usuários e dependentes; - revogou os Decretos nº 3.696, de 21/12/2000, e nº 4.513, de 13/12/2002; - revogou e substituiu as leis nº 6.368, de 21/10/1976 e nº 10.409 de 11/01/2002, sobre drogas, até então vigentes no país;
<b>2006</b>	Decreto nº 5.912, de 27 de setembro.	Regulamentação da Lei nº 11.343, de 23/08/2006: Políticas Públicas sobre Drogas e instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD.	- Revogou os Decretos nºs 3.696, de 21/12/2000, e nº 4.513, de 13/12/2002; - revogado o inciso IV do art. 14, pelo Decreto nº 7.426, de 07/01/2011.
<b>2007</b>	Decreto nº 6.117 de 22 de maio.	Política Nacional sobre o Álcool.	- Medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências.
<b>2008</b>	Lei nº 11.754, de 23 de julho.	Alteração e revogação dos dispositivos da Lei nº 10.683, de 28/05/2003. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Cargos em comissão.	- Conselho Nacional Antidrogas para Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD); - Secretaria Nacional Antidrogas para Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); revoga dispositivos das Leis nºs 10.869, de 13/05/2004, e nº 11.204, de 05/12/2005.
<b>2010</b>	- Decreto nº 7.179, de 20 de maio.  -Medida Provisória nº 498, de 29 de julho.	Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.  Crédito extraordinário em favor de diversos órgãos do Poder Executivo para atender à programação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack.	- Cria o seu Comitê Gestor.
<b>2011</b>	Decreto nº 7.426, de 07 de janeiro.	Transferência: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) e Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça.	- Revogou os incisos I e II do §1º do art.1º, a alínea “d” do inciso II e o inciso IV do art. 2º, os arts. 12 a 16 e 18 do Anexo I do Decreto nº 7.411, de 29/12/2010; - revogou o inciso IV do art. 14 do Decreto nº 5.912, de 27/09/2006.
	Decreto nº 7.637, de 08 de dezembro.	Alteração do Decreto nº 7.179, de 20/05/2010.	- revogou os §§ 1º a 5º do art. 3º – gestão do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.

Fonte: OBID - [www.obid.senad.gov.br](http://www.obid.senad.gov.br); SENAD, Ministério da Saúde; <http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1976/6368.htm>; [www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br);

Na década de 70 e 80, foram criados os primeiros órgãos públicos para tratar do problema das drogas no Brasil nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal),

como o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), os Conselhos Estaduais de Entorpecentes (CONENS) e os Conselhos Municipais de Entorpecentes (COMENS), ligados ao Ministério da Justiça (MJ) e às Secretarias de Justiça dos Estados e Municípios (Duarte & Dalbosco, 2011; Garcia, Leal & Abreu, 2008).

Muitas alterações legislativas ocorreram no curso do ordenamento jurídico brasileiro referente às drogas. A Lei nº 6.368/1976 obteve diversas críticas, especialmente por ainda ter um enfoque repressivo na busca de controlar o tráfico e o consumo de drogas (Garcia *et al*, 2008). Essa lei foi revogada por diversas medidas provisórias e, mais tarde, pela Lei nº 11.343/2006 (tabela 02).

A partir da Constituição Federal (CF) de 1988 (CF, 1988), que trouxe inovações conceituais, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Lei Federal nº 8080/1990 (Brasil, 2004b), regulamentado 21 anos depois pelo Decreto Federal nº 7.508/2011. A Lei Federal nº 8.142/1990 definiu o comando único em cada esfera de governo, tendo o MS como gestor no âmbito da União. Essas leis, buscando a proteção e a defesa da saúde da população brasileira, garantiram o acesso a uma assistência integral e equitativa à saúde, hierarquizada e integrada. Elas dispõem sobre o planejamento, a assistência à saúde e articulação interfederativa, sendo um marco legal do direito à saúde no Brasil (Dallari, 2003) (tabela 03).

Ainda na década de 90, com a mudança de modelo assistencial, buscando a diminuição de internações psiquiátricas através da Portaria GM 224/92, o MS oficializou os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Essa modalidade de serviço de atenção psicossocial deu-se pela mobilização de diversos segmentos da sociedade brasileira, inicialmente por trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência psicossocial e pela situação precária dos hospitais psiquiátricos, que eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais, na realidade brasileira (Brasil, 2003, Brasil, 2004a, Brasil, 2004b). Vale lembrar que diversos serviços já atuavam nessas modalidades. Os CAPS, os Núcleos de Atenção Psicossocial [NAPS] e os Centros de Referência em Saúde Mental [CERSAMs] já funcionavam em vários municípios do país e o primeiro serviço de saúde atuando como CAPS foi inaugurado em 1986, na cidade de São Paulo (tabela 03).

Neste período, no combate às drogas, foi criada a Secretaria Nacional de Entorpecentes, pela Lei nº 8.764/1993, alterando a Lei nº 7.560/1986 (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas [SENAD], 2010). Esta lei foi regulamentada pelo Decreto nº 2.632/1998 (tabela 02).

A partir de 1998, através da XX Assembleia Geral das ONU, foram discutidos os princípios para a redução da demanda de drogas, aderidos pelo Brasil, e tomadas as primeiras medidas efetivas para a problemática das drogas. A criação da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) foi um marco importante. Para Garcia *et al* (2008, p. 269), “*a criação da SENAD expressou uma estratégia política do governo brasileiro em mostrar à comunidade internacional uma postura de combate às drogas como prioridade de governo,*”. A SENAD teve como objetivo coordenar a Política Nacional Antidrogas, através da articulação entre a sociedade e o governo (Duarte & Dalbosco, 2011).

Na época, ela estava vinculada à Casa Militar da Presidência da República, pela Medida Provisória nº 1.669/1998 e pelo Decreto nº 2.632/1998. Este foi revogado pelo Decreto nº 3.696/2000, também revogado, mais tarde, em 2008, pela Lei nº 11.754/2008. Esta última lei alterou o nome da Secretaria Nacional Antidrogas para Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD - antigo Conselho Federal de Entorpecentes) para Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, permanecendo as mesmas siglas para esses órgãos (Duarte & Dalbosco, 2011, Garcia, *et al*, 2008; SENAD, 2008) (tabela 02).

As ações ainda eram realizadas, em sua maioria, por setores não governamentais e de grupos da sociedade civil preocupados com o aumento considerável do problema do uso de drogas. O aumento do número de usuários de SPA trazia consigo os agravos à saúde, bem como os efeitos decorrentes desse uso e era tratado de forma pontual e associado à criminalidade e práticas antissociais. As leis dessa época ainda enfatizavam a repressão, através da prisão para os usuários, sem a preocupação com o cuidado e a prevenção. As ofertas de tratamentos eram inspiradas em modelos de exclusão e separação do convívio social (Ventura, Brands, Adlaf, Giesbrecht, Simich, *et al*, 2009).

Até esse momento, ainda não havia uma discussão efetiva para a problemática das drogas nas questões relacionadas à atenção integral dos usuários. Somente após o impacto social e econômico de gastos recaídos no SUS é que começou a se redefinir a construção de uma política de saúde integral, por parte do MS, dirigida ao consumidor de álcool e outras drogas (Brasil, 2003, Brasil, 2004b).

O desenvolvimento de ações de saúde pública para redução de danos foi instituído para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS) e hepatites entre usuários de drogas injetáveis. Somente a partir da década de 2000 (tabela 02), as políticas públicas de drogas começaram a dar ênfase ao enfoque da redução de danos, a todos os tipos de

dependência, buscando articular um modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, que se propunha ter uma ação mais voltada para a saúde como um todo (Alves, 2009).

A Lei Federal nº 10.216/2001 (tabela 03), que levou 12 anos para ser aprovada, mesmo que tardiamente, foi outro marco legal nas políticas públicas, em especial, na saúde da população brasileira. Através de esforços e mobilização dos profissionais, instituições e sociedade, um novo olhar começou a ser dado para as questões de saúde mental, adequando o princípio constitucional da igualdade aplicada aos portadores de sofrimento ou transtorno mental (Brasil, 2004b; Brasil, 2007a; Brasil, 2010a; Duarte & Dalbosco, 2011; Simon & Baptista, 2011).

Paralelamente, aumentava consideravelmente o número de clínicas de atendimento fechado, voltadas para os usuários e dependentes de drogas. Esse aumento se deu, em parte, pela relativa ausência do Estado e pela lacuna na formulação de Políticas Públicas de Saúde (Brasil, 2003; Brasil, 2004a; Brasil, 2007a). Devido à necessidade de regulamentar e estabelecer as regras para o funcionamento das clínicas e Comunidades Terapêuticas (CT) foi instituída a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº101/2001, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), revogada mais tarde pela Resolução RDC/ANVISA nº 29/2011 (ANVISA, 2011) (tabela 03).

**Tabela 03**  
**Políticas Públicas de Saúde do Ministério da Saúde – Âmbito do SUS**

<b>ANO</b>	<b>LEGISLAÇÃO</b>	<b>PAUTA</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
<b>1990</b>	Lei nº 8080, de 19 de setembro.	Condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.	- cria o SUS, preconizado pela CF, de 1988; - funcionamento nas três esferas de governo; - regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508, de 28/06/2011; - revogou a Lei nº 2.312, de 03/09/1954; a Lei nº 6.229, de 17/07/1975. - regulamentado pelo Decreto nº 7.508, de 28/06/2011.
	Lei nº 8.142, de 28 de dezembro.	Participação da comunidade na gestão do SUS. Transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.	- institucionaliza os Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde
<b>2000</b>	Portaria nº 106, de 11 de fevereiro.	SRT em Saúde Mental: atendimento ao portador de transtornos mentais.	- Consolidação do processo de substituição do modelo tradicional.
<b>2001</b>	- Portaria nº 175, de 07 de fevereiro.	CT. Alteração do art. 7 da Portaria GM nº 106, de 11/02/ 2000.	- Equipe mínima das CT.

	Lei nº 10.216, de 06 de abril.	Proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.	- Incluiu os usuários de álcool e outras drogas;
	- Resolução RDC ANVISA, de 30 de maio.	Regulamento Técnico: serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial (CT).	- Revogada pela Resolução RDC/ ANVISA nº 29, de 30/06/2011.
<b>2002</b>	- Portaria nº 336, de 19 de fevereiro.	Modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.	- Atualizou as normas da Portaria MS/SAS nº 224, de 29/01/1992;
	- Portaria nº 189, de 20 de março.	Serviços de atenção psicossocial.	- regulamentou as modalidades de CAPS;
	- Portaria nº 305, de 30 de abril.	Normas de funcionamento e cadastramento de CAPS.	- Atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de drogas;
	- Portaria nº 816, de 30 de abril.	Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas.	- revogada pela Portaria nº 3.089 de 23/12/2011.
<b>2004</b>	Portaria nº 2.197, de 14 de outubro.	Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.	- Atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de drogas
<b>2005</b>	- Portaria nº 384 de 05 de julho.	Autorização para CAPS I.	- MS, Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e municípios.
	- Portaria nº 1.059 de 04 de julho.	Incentivo financeiro para ações de RD.	- Redefiniu e ampliou a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas.
	- Portaria nº 1.612 de 09 de setembro.	Normas de Funcionamento e Credenciamento/Habilitação	- Procedimentos de atenção a usuários de drogas, caracterizados pelos códigos diagnósticos F10 até F19 do CID-10.
<b>2009</b>	- Portaria nº 1.190, de 04 de junho.	Plano Emergencial de Ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas.	- Serviços hospitalares de referência para atenção aos usuários de drogas.
	- Portaria nº 2.629, de 28 de outubro.	Reajuste de valores dos procedimentos para a atenção em saúde mental em Hospitais Gerais. Incentivo a internações de curta duração.	- PEAD 2009-2010;
<b>2010</b>	Portaria nº 480, de 20 de setembro	Inclusão na Tabela SUS, tratamento e internação	- definiu diretrizes gerais, ações e metas.
	Portaria nº 2.841, de 20 de setembro.	CAPS AD III – 24 horas	- Incluiu o atendimento dos casos de uso abusivo de drogas.
	Portaria nº 2.842, de 20 de setembro.	Normas de Funcionamento e Habilitação dos SHRad.	- Internação para tratamento de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína e derivados
	Portaria nº 2.843, de 20 de setembro.	NASF 3.	- População mínima de cobertura: 200 mil habitantes.
<b>2011</b>	Portaria nº 3088 de 23 de dezembro.	Rede de Atenção Psicossocial.	- Revogada a Portaria nº 1.612, de 09/09/2005.
	Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro.	Financiamento dos CAPS no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.	- Prioridade para a atenção integral para usuários de drogas.
			- Para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas.
			- Revogou a Portaria nº 189, de 20/03/2002;
			- retomou a documentação necessária para cadastro de CAPS novos.

	Portaria nº 3.099, de 23 de dezembro.	Recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade - novo tipo de financiamento dos CAPS.	- Rede de Atenção Psicossocial; - Estados, Distrito Federal e Municípios.
<b>2012</b>	Portaria nº 121, de 25 de janeiro.	Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas.	- Atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.
	Portaria nº 122, de 25 de janeiro.	Diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de CR.	- Definição.
	Portaria nº 123, de 25 de janeiro.	Critérios de cálculo do número máximo de equipes de CR por Município.	- Definição.
	Portaria nº 130, de 26 de janeiro.	Redefinição dos CAPS 24 horas (CAPS AD III) e respectivos incentivos financeiros.	- Revogou a Portaria nº 2841, de 20/09/2010.
	Portaria nº 131, de 26 de janeiro.	Incentivo financeiro de custeio para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as CT.	- Rede de Atenção Psicossocial: pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas;
	Portaria nº 148, de 31 de janeiro.	Normas de funcionamento e habilitação do SHR do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e incentivos financeiros de investimento e de custeio.	- Revogou a Portaria nº 2.842, de 21/09/2010.

Fonte: OBID, SENAD, ANVISA, <http://www.planalto.gov.br>; [www.jusbrasil.com.br/legislacao](http://www.jusbrasil.com.br/legislacao); [http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG\\_NORMA\\_PESQ\\_CONSULTA.CFM](http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM); <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Legislacao.pdf>; [www.funasa.gov.br/Web%20Funasa/vigisus/.../Legislacao2004\\_2007.pdf](http://www.funasa.gov.br/Web%20Funasa/vigisus/.../Legislacao2004_2007.pdf); [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos\\_usuarios\\_servicos\\_acoes\\_saude\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_usuarios_servicos_acoes_saude_brasil.pdf).

No ano de 2002, o MS instituiu a Portaria nº 336/2002, regulamentando os CAPS (modalidades de CAPS I, CAPS II e CAPS III) e incluindo os CAPS AD (tabela 03). Essa Portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, com o objetivo de oferecer cuidados clínicos e reabilitação psicossocial (Brasil, 2004b; Brasil, 2010a).

A criação dos CAPS AD como um dos serviços substitutivos foi um avanço para o atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de SPA. O CAPS AD tem como objetivo oferecer atendimento diário aos usuários de drogas, com base num planejamento terapêutico individualizado, atuando de forma articulada com a rede de assistência em saúde mental (Brasil, 2004a). Foram criadas mais duas portarias: a Portaria nº 189/2002, que determinou e normatizou os processos de cadastramento desses CAPS; e a Portaria nº 816/2002, que instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas (Brasil, 2004b) (tabela 03).

Ainda em 2002, com a necessidade de reduzir a demanda de drogas, a SENAD teve um papel importante na mobilização para a criação da política brasileira sobre drogas. Através do Decreto nº 4.345/2002, foi instituída a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Em função das tendências internacionais, do posicionamento de diversos setores do governo e da demanda popular, através do CONAD, em 2005, pela Resolução nº 03/2002, essa política passou a ser chamada de Política Nacional sobre Drogas, como resultado do realinhamento da Política

Nacional de combate às drogas vigente até esse momento (Duarte & Dalbosco, 2011; Alves, 2009) (tabela 02).

Somente em 2004, através dos Fóruns Estaduais e do Fórum Nacional sobre Drogas, houve uma mudança de perspectiva de “luta contra as drogas”. Um novo olhar começou a ser dado ao usuário de drogas, que passou a ser visto como um cidadão, através de debates na sociedade (Zanchin, 2011).

A partir daí, diversas leis e serviços de saúde de atenção psicossocial foram criados para o atendimento específico a esses usuários. A Portaria GM/MS nº 2.197/2004 instituiu, no âmbito do SUS, a Política Nacional para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do MS (Brasil, 2004b, Brasil, 2007b). A redução de danos foi integrada como um dos eixos norteadores, com a assistência centrada em uma rede extra-hospitalar, de acordo com os princípios proposta de atenção psicossocial da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Esta Política voltou-se para a reabilitação e reinserção social, buscando a articulação com os demais serviços de saúde e com os outros órgãos, Assistência Social Educação, entre outros (Zanchin, 2011) (tabela 03).

Outras portarias foram instituídas com diversas finalidades, como redefinição e ampliação da atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS; destinação de incentivos financeiros para implantação de CAPS; instituição de incentivos financeiros para ações de redução de danos e autorização para que os CAPS I realizassem procedimentos de atenção a usuários de álcool e outras drogas (Brasil, 2004b, Brasil, 2007b). Outras portarias tiveram como objetivo o suporte hospitalar por meio de internações de curta duração em hospitais gerais em situações de urgência e emergência (Ronzani & Mota, 2011). Algumas dessas legislações foram revogadas em 2011 e 2012 (tabela 03).

Buscando a regularização social do problema da drogadição, em 2006, foi sancionada a Lei nº 11.343/2006 (tabela 02), regulamentada pelo Decreto nº 5.912/2006 que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Ela distinguiu a condição de usuários e dependentes de drogas, a exclusão da pena de prisão para o usuário e aproximou o uso indevido de drogas a uma questão de saúde pública (Alves, 2009; Duarte & Dalbosco, 2011; Lins & Scarparo, 2010; OBID, 2011; SENAD, 2008).

Apresentando alguns avanços, pelo posicionamento político mais moderado em relação às drogas, essa lei colocou o Brasil em destaque no cenário internacional. O Brasil, seguindo a tendência mundial, substituiu a justiça retributiva pela justiça restaurativa, que visa à reinserção social através de penas alternativas, que incluem advertência, prestação de serviços

à comunidade e medida educativa aos usuários de drogas infratores (Duarte & Dalbosco, 2011).

Além disso, essa lei abordou, de forma mais clara, comparada às leis anteriores, as atividades de prevenção, atenção à saúde e reinserção social, e o estabelecimento de penas alternativas ao crime definido como porte de drogas para consumo pessoal (Duarte & Dalbosco, 2011). Com essa nova legislação, a necessidade e desafio deram-se na ampliação dos serviços públicos de saúde do SUS, sob a responsabilidade do MS e gestão das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) (Lins & Scarparo, 2010).

Em 2009, com relação à atenção à saúde, a Política Nacional sobre Drogas converge com a política do MS ao reiterar o objetivo de implantar e pôr em prática uma rede de assistência a indivíduos com transtornos decorrentes do consumo de drogas. O MS em parceria com o UNODC e a OMS, para apoiar e ampliar o tratamento voltado aos usuários de crack instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD 2009-2010) e definiu suas diretrizes gerais, ações e metas (Duarte & Dalbosco, 2011) (tabela 03).

Dentre os objetivos dessa parceria, foram firmados eixos de ação, como: a criação de pontos de acolhimento, a capacitação dos trabalhadores, a avaliação da Rede de Atenção em Álcool e Drogas no SUS, em alguns municípios do país e avaliação do impacto da criação de CAPS III AD – 24 horas. Esses dispositivos foram propostos para ampliar o cuidado de usuários de álcool e outras drogas em situação de crise.

Com o aumento das complexas relações entre as drogas e a violência, foi necessário um posicionamento do governo frente a essa problemática. Como uma das ações, o Governo Federal lançou o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, através do Decreto nº 7.179/2010 (Duarte & Dalbosco, 2011) (tabela 02).

Sob a coordenação geral da SENAD e com a participação de vários Ministérios, Secretarias de Governo e organizações não-governamentais (ONGs), esse plano foi estruturado para a implementação de ações imediatas e estruturantes no enfrentamento dos problemas associados ao uso do crack e outras drogas. A meta foi de ampliar o atendimento de usuários de crack e outras drogas com investimentos, para aumentar o número de leitos de internação para tratamento em hospitais gerais e em CT, aumentar o número de CAPS AD e CAPS III – CAPS AD 24 Horas e de Serviços de Saúde municipais e regionais para internação de curta duração. Buscou, também, o acompanhamento clínico e o tratamento ambulatorial, entre outros (Duarte & Dalbosco, 2011; SENAD, 2010).

O *Report of the International Narcotics Control Board for 2011*, lançado recentemente, ao tratar da legislação nacional, política e ação no combate às drogas, na América do Sul, traz o exemplo do governo brasileiro ao iniciar, em 2011, a “*implantação de centros de referência regionais que irão promover o treinamento e a certificação de profissionais que atuam em redes de atenção integral à saúde e assistência social, trabalho com usuários de “crack” e outras drogas e com suas famílias*”. O documento referencia o Plano como um plano nacional abrangente de combate e abuso ao crack e outras drogas. (INBC, 2012, p. 67).

Ainda em 2011, muitas mudanças ocorreram no ordenamento brasileiro, nas políticas sobre drogas em função da Lei nº 7.426/2011. Essa lei tratou da transferência da SENAD, do CONAD e o Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), vinculados ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, para o MJ (tabela 02). No MS, a partir da Portaria nº 3.088/2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial, com as diretrizes e componentes, formalizando, nas diferentes instâncias do SUS, as competências de cuidado. A Portaria nº 3089/11 dispõe sobre o financiamento dos CAPS e retoma a documentação necessária para cadastro de CAPS novos. Já a Portaria nº 3.099/2011 estabelece novo tipo de financiamento dos CAPS (tabela 03).

No ano de 2012, várias Portarias do MS foram revogadas e outras foram instituídas, como: a Portaria nº 121/2012, que trata das unidades de acolhimento; Portaria nº 122/2012, referente aos Consultórios de Rua (CR); a Portaria nº 123/2012 sobre as equipes dos CR; a Portaria nº 130/2012 sobre os CAPS AD 24 h (CAPS AD III); a Portaria nº 148/2012, que se refere ao Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para o Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial (mais legislações: tabela 03).

Vimos, assim, que as políticas públicas, em especial as de saúde, passaram por diversas mudanças. Inúmeras legislações foram criadas, visando ao direito à saúde para usuários de álcool e outras drogas, através da rede assistencial.

### **1.3. Reflexões sobre as Políticas públicas e o enfrentamento e atenção ao usuário de drogas**

Até o momento, as políticas públicas e as legislações referentes às drogas na sociedade brasileira têm provocado avanços e retrocessos aos modelos de atenção à saúde de usuários de drogas. Enquanto convivemos com diferentes posicionamentos, sem um avanço efetivo, os usuários de crack e outras drogas vêm aumentando em nossa realidade atual, como afirma o UNODC (2010) no “Relatório Mundial sobre Drogas 2010”. Esse relatório revelou que está

havendo uma tendência de novas drogas e de novos mercados, além da constatação de que os serviços de tratamento para usuários de drogas são insuficientes em todo o mundo.

O Brasil tem um vasto histórico de participação de convenções, de cooperação e de acordos internacionais e legislações em seu ordenamento jurídico relacionado às drogas quanto à proteção à saúde, atenção integral, reinserção social, políticas e programas sobre drogas. Retrocedendo no tempo, ao rever a legislação brasileira pertinente ao enfrentamento do crack e outras drogas e como ela se processou, vimos nos arranjos entre os vários segmentos do governo e da sociedade, um esforço para combater esta problemática que assola a sociedade.

Foram décadas de avanços, estagnações e retrocessos, com promulgação de leis, portarias, resoluções, medidas provisórias e decretos. Da mesma, forma vimos diversas alterações e revogações dessas legislações, bem como a criação de órgãos, mudança de nomenclatura e de gestão nos diversos órgãos do governo (tabelas 02 e 03).

A saúde, no Brasil, foi marcada por uma história de desigualdades, dissociação de comando entre as esferas de governo e fragmentação/duplicidade da prestação de serviços de responsabilidade pública. A sociedade brasileira vivenciou, nos anos 70 e 80, um sólido movimento pró-reforma sanitária. As propostas reformistas, fundadas na noção de seguridade social e apoiadas por uma coalizão de profissionais de saúde e atores locais foram consagradas pela CF de 1988, com os princípios de descentralização, universalização, equidade e integralidade (Dallari, 2003; 1988).

Um dos avanços que merece destaque pela Constituição Federal de 1988 (1988), com a consequente implementação do SUS, foi o reconhecimento da saúde como um direito do cidadão brasileiro. Vale lembrar que a Lei 8080/90 que instituiu o SUS como o sistema de saúde brasileira foi regulamentada vinte e um anos depois da sua promulgação (tabela 02).

Com a formulação da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, voltada para a assistência centrada em uma rede extra-hospitalar, o MS admite o atraso histórico de inserção do uso prejudicial e/ou dependência do álcool e outras drogas na agenda da saúde pública (Alves, 2009; Brasil, 2003). Nessa perspectiva, o ponto divergente é o crescimento de serviços privados de tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas, as clínicas de internação e CT.

Os CAPS AD III ou CAPS AD 24 horas, oferece atendimento especializado 24 horas, inclusive nos fins de semana e feriados. São encontrados somente nos municípios com mais de 200.000 habitantes e ainda são em número reduzido em todo o país. Em função das novas diretrizes, os CAPS AD deverão se adequar às atuais legislações (tabela 03).

## Considerações Finais

O abuso de drogas ilícitas é um problema mundial e um dos maiores desafios da atualidade, presente em todos os países. É um problema que envolve todos os grupos sociais e vem aumentando em todas as idades. Além disso, ele alimenta a corrupção, o crime global e também o terrorismo, gerando uma riqueza inimaginável para alguns (organizações traficantes) e danos ilimitados para muitos usuários, custando milhões de vidas (INBC, 2012).

O debate sobre drogas ilícitas no Brasil se desenvolveu em ideologias diversas, ora como questão de segurança pública, ora restrita aos casos de uso abusivo como um problema de saúde. A ideologia, em determinadas épocas, como questão de segurança pública, resultou na elaboração e promulgação de uma quantidade enorme de textos legais e cunho repressor. O governo brasileiro assumia o compromisso de seguir os acordos e convenções internacionais firmados ao longo das décadas, no combate ao tráfico e consumo de drogas ilícitas, com um “posicionamento de guerra às drogas com adoção de ações repressivas intensamente militarizadas”. Vários questionamentos começaram a surgir sobre a forma como a legislação brasileira abordava o consumo de drogas. O enfoque dado *“como um problema de saúde pública – e não mero problema jurídico-policia – repercutiu na despenalização da conduta dos usuários”*. Mesmo que o porte de drogas ilícitas para consumo pessoal ainda seja considerado crime, “admite-se o direito de cidadania aos usuários de drogas, inclusive o de fazer consumo com redução de danos sociais e à saúde e o de acesso aos bens e serviços de saúde pública” (Alves, 2009, p.317).

Apesar dos esforços e iniciativas do governo brasileiro para o enfrentamento do problema das drogas, muitos são os desafios na busca de um consenso de soluções mais satisfatórias, devido à complexidade das relações envolvidas. O trabalho desenvolvido nos CAPS AD, de atenção extra-hospitalar, de cuidado diário e o programa de RD apresentam resultados satisfatórios no cuidado dos usuários. Não sendo discriminados como infratores perante a lei, os usuários podem encontrar apoio no resgate de valores sociais e morais.

A dificuldade reside no fato de que os CAPS AD e os CAPS AD 24 horas são implementados em municípios maiores, deixando descobertos os usuários de drogas em situação de risco e vulnerabilidade social nos municípios menores (até 70.000 habitantes). É um grande desafio suprir essa lacuna, além da necessidade de capacitar os profissionais para o atendimento desse tipo de clientela. Apontamos também as dificuldades de desenvolvimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, conforme preconiza a legislação.

Outro ponto que devemos considerar é a dificuldade dos usuários com maior comprometimento social, que, muitas vezes, não buscam atendimento nas redes de saúde. Para isso, há necessidade de implementação de estratégias de facilitação do acesso, que pode se dar a partir de um maior envolvimento de agentes comunitários de saúde, com os Programas de RD, os CR, os PSF, bem como outras ações de aproximação entre comunidade e serviços (Horta *et al*, 2011).

Vimos que houve progressos na política sobre drogas e na atenção aos usuários. Contudo, não podemos deixar que as controvérsias de ideologias impeçam o desenvolvimento de políticas públicas eficazes, eficientes e abrangentes. Além disso, vivemos numa época de globalização, que traz consigo aspectos positivos e negativos e é importante que o governo brasileiro continue a discutir os acordos firmados internacionalmente e as políticas que visem a controlar suas fronteiras no combate ao tráfico de drogas.

O enfrentamento das drogas e a atenção ao usuário não pode estar à mercê desses procedimentos de editar, revogar e reeditar novas leis, conforme vimos no processo histórico do contexto brasileiro. O Poder Público, através das Políticas Públicas, deve atuar de forma preventiva e inclusiva, e não quando o problema se instala como no caso da chamada “epidemia do crack”, difundida na mídia. As ações curativas são importantes, mas devem centrar-se também na educação, na saúde, na segurança, em uma expectativa de vida melhor para a população brasileira, principalmente, as crianças e os jovens em situação de risco.

É importante a mobilização de toda a sociedade para uma discussão ampla e abrangente sobre a problemática das drogas e a complexidade das consequências de seu uso, como, por exemplo, a vulnerabilidade social desses usuários e o impacto gerado na saúde pública. A escuta dos profissionais de saúde que trabalham diretamente com os usuários, como dos CAPS AD e dos profissionais de educação, enquanto atores envolvidos nesse processo na prevenção do uso de drogas ampliará a reflexão, buscando, principalmente nas experiências exitosas, um caminho único para a construção de práticas articuladas e integralizadas. Outros aspectos ainda deverão permear essa discussão, como as desigualdades sociais, a marginalização, o tráfico de drogas, os acidentes de trânsito consequentes pelo uso dessas, incluindo as drogas consideradas lícitas como o álcool e o tabaco.

Não basta erradicar as drogas, pois essa estratégia não deu certo ao longo da história. Nessa perspectiva, devemos reafirmar o direito à saúde e dignidade de todos os cidadãos, usuários de drogas ou não. Não podemos ser direcionados por visões pouco pragmáticas da realidade atual, traduzidas por diferentes ideologias, em imperfeições legislativas que não acompanham e não são resolutivas para a complexidade da problemática das drogas.

### 1.3 Referências

- APA (American Psychological Association) (2006). Manual de Estilo da APA: regras básicas. American Psychological Association, Porto Alegre: Artmed. 272 p.
- Alves, V.S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 25(11), 2309-2319. Acessado em 12 de abril de 2011, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portal Saúde Mental. Acessado em 23 de maio de 2010, de: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=34158](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34158)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS (2003). *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde. Acessado em 24 de maio de 2010, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde (2002). *Legislação em Saúde Mental 1990-2002*. 3ª. Ed. Brasília: Ministério da Saúde. Acessado em 21 de dezembro de 2010, de [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/02\\_0474.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/02_0474.htm)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS (2004a). *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde*. 2ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde. Acessado em 24 de maio de 2010, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/A%20politica.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2007a). *Relatório de Gestão 2003-2006: Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Brasília: Ministério da Saúde. Acessado em 23 de fevereiro de 2011, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_gestao\\_saude\\_mental\\_2003-2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2010a). *Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010*. Edição XII Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde. 257 p. Acessado em julho de 2012, de <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/20042010.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (abr, 2010b). *Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde*.

Texto preliminar destinado à consulta pública. Brasília: Ministério da Saúde. Acessado em 02 de maio de 2011, de

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abordagemus.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. (2004b). *Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004*. 5ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde. Acessado em 24 de maio de 2010, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Legislacao.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. (2007b). *Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Brasil: legislação federal compilada – 1973 a 2006*. Brasília: Ministério da Saúde. 494p. Acessado em 16 de maio de 2011, de

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos\\_usuarios\\_servicos\\_acoes\\_saude\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_usuarios_servicos_acoes_saude_brasil.pdf)

Centro Brasileiro de Informações em Drogas. CEBRID. Acessado em 24 de maio de 2010, de <http://200.144.91.102/sitenovo/conteudo.aspx?cd=644>

CND – Commission on Narcotic Drugs. United Nation. (2009). *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*. United Nations, Vienna. Acessado em 23 de junho de 2010, de

<http://www.auswaertigesamt.de/cae/servlet/contentblob/384112/publicationFile/4337/DrogenPolErklaerung.pdf>

*Constituição da República Federativa do Brasil de 1988* (1988). Brasília. Acessado em 08 de abril de 2010, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

Cruz, M. S., Vargens, R. W., Râmôa, M. L. (2011). Crack, uma abordagem multidisciplinar. In: SENAD. *Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias*. Brasília: SENAD, 448 p. 193-215.

Dallari, S.G. (2003). Direito Sanitário. In: *Direito Sanitário e Saúde Pública*. Coletânea de Textos. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Acessado em fevereiro de 2011, de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito\\_sanitarioVoll.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_sanitarioVoll.pdf)

Duarte, P. C. A. V. & Dalbosco, C. A Política e a Legislação Brasileira sobre Drogas. In: SENAD. *Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias*. Brasília: SENAD, 217-236.

Garcia, M. L. T., Leal, F. X., Abreu, C.C. (2008). A Política Antidrogas Brasileira: Velhos Dilemas. *Psicologia e Sociedade*, 20 (2), 267-276. Acessado em 12 de dezembro de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a14v20n2.pdf>

INBC – International Narcotics Control Board (2012). *Report of the International Narcotics Control Board for 2011*. INBC. New York: United Nations Publication. Acessado em 03 de

fevereiro de 2012, de

[http://www.unodc.org/documents/southasia/reports/2011\\_INCB\\_ANNUAL\\_REPORT\\_english\\_PDF.pdf](http://www.unodc.org/documents/southasia/reports/2011_INCB_ANNUAL_REPORT_english_PDF.pdf)

Lins, M. R. S. W. & Scarparo, H. B. K. (2010). Drogadição na contemporaneidade: Pessoas, famílias e serviços tecendo redes de complexidade. *Psicologia Argumento*, 28(62), 261-271.

Acessado em 23 de maio de 2011, de <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=3727&dd99=pdf>

NIDA - National Institute on Drug Abuse. (2009) *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide*. 2ª Ed. Baltimore: NIDA/NIH. Acessado em 12 de abril de 2011, de [http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat\\_0.pdf](http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_0.pdf)

Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas. OBID. Acessado em 23 de maio de 2011, de <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>

Ronzani, T.M. & Mota, D.C.B. (2011). Políticas de Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Drogas. In: SENAD. *Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias*. Brasília: SENAD, 193-215.

Santana, A. (1999). A globalização do narcotráfico. *Revista Brasileira de Política Internacional*. 42 (2): 99-116. Disponível em: [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br) acessado em julho de 2011.

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (2010). *Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil*. Brasília: SENAD, 106 p. Acessado em 23 de setembro de 2011, de

<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/327912.pdf>

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (2010). *Glossário de álcool e drogas*. Brasília: SENAD. Acessado em 23 de maio de 2010, de

[www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/327615.pdf](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/327615.pdf)

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2011). *Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias*. 4 ed. Brasília: SENAD. 448 p.

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime (2010). *World Drug Report 2010*.

Geneve: UNODC. Acessado em 11 de março de 2011, de

[http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2010/World\\_Drug\\_Report\\_2010\\_lo-res.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/World_Drug_Report_2010_lo-res.pdf)

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime. (2011). *World Drug Report 2011*. Viena: UNODC. Acessado em 23 de novembro de 2011, de

[http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World\\_Drug\\_Report\\_2011\\_ebook.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf)

United Nations Office on Drugs and Crime. (2012). World Drug Report 2012. Geneve: UNODC. Acessado em 23 de setembro de 2012, de

[http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR\\_2012\\_web\\_small.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf)

Ventura, C.A., Brands, B., Adlaf, E., Giesbrecht, N., Simich, L., Wright, M. G. M., Ferreira, P.S. (2009). Políticas e leis sobre drogas ilícitas no Brasil e a perspectiva de familiares e pessoas próximas a usuários de drogas: estudo na Cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17, 810-816. Acessado em 12 de junho de 2010, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000700009>

Zanchin, J. (2011). Políticas sobre Drogas: alguns apontamentos. In: Álcool e outras Drogas. *Entre linhas*. Conselho Regional de Psicologia RS, 9(56) 10. Acessado em junho de 2011, de <http://drogasecidadania.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/09/EntreLinhas-%C3%81lcool-e-Outras-Drogas.pdf>

**SEÇÃO II**

**ARTIGO EMPÍRICO**

**2 INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS DOS PSICÓLOGOS NO TRATAMENTO DE  
PACIENTES USUÁRIOS DE CRACK E OUTRAS DROGAS NOS CAPS AD**

## RESUMO

Em nossa sociedade o consumo de substâncias psicoativas tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, independente de sexo, idade, nível de instrução e poder aquisitivo. Entre elas, o crack, introduzido no final da década de 80, aumentou consideravelmente, provocando sérios riscos à saúde do usuário. Dada à complexidade do problema, a fim de compreender o fenômeno, este estudo qualitativo, de caráter descritivo, foi desenvolvido nos Centros de Atenção Psicossociais Álcool e Drogas Álcool e Drogas (CAPS AD), que são um dos serviços de atenção psicossocial da rede de atenção, no âmbito do Sistema Único de Saúde, especializados no atendimento de usuários de drogas. Teve como objetivo, caracterizar as intervenções terapêuticas no tratamento de pacientes usuários de crack e outras drogas, levando em consideração às ações, as dificuldades, as abordagens terapêuticas e os desafios e sugestões para o enfrentamento das drogas, segundo psicólogos que desenvolvem suas atividades neste contexto. Participaram do estudo oito psicólogos, com experiência de no mínimo um ano, com usuários de crack e outras drogas, inseridos nos CAPS AD, da região metropolitana de Porto Alegre/RS. A coleta de dados, respeitando-se todos os procedimentos éticos para a realização da pesquisa com seres humanos, se deu através de entrevistas semi-estruturadas, com um roteiro previamente estabelecido, no período de setembro de 2011 a fevereiro de 2012. Os dados obtidos foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo, segundo Bardin. Dentre os resultados, destaca-se que não há ações específicas para o tratamento do crack nos CAPS AD estudados e o tratamento do paciente usuário de crack é igual aos usuários de outras drogas; diversas atividades visam à reinserção social dos pacientes, mesmo com as deficiências no próprio CAPS e na rede para a continuidade deste trabalho; a maioria dos psicólogos demonstrou estar desenvolvendo suas atividades de acordo com a proposta de atenção psicossocial e a abordagem psicoterapêutica mais utilizada é a terapia cognitivocomportamental; as maiores dificuldades encontram-se no tratamento da dependência, nos processos e condições de trabalho e de retaguarda de rede no âmbito do SUS. Entre os desafios e sugestões apresentados, estão a gestão dos sistemas e serviços de saúde, o trabalho efetivo de uma rede de atenção e intersetorial. Concluiu-se que o número de CAPS AD e os outros dispositivos da rede de atenção são insuficientes, os usuários de crack possuem peculiaridades em seu quadro e o desafio está no desenvolvimento de um trabalho intersetorial, inclusive para cuidado e cidadania dos usuários em vulnerabilidade social que não chegam aos serviços de saúde. Sugerem-se pesquisas com outros profissionais de saúde das equipes dos CAPS AD, inclusive dos CAPS que atendem usuários de drogas em municípios menores e a eficiência e eficácia da rede de atenção.

Palavras-chave: CAPS AD, Psicólogo, crack e outras drogas, intervenções terapêuticas.

## ABSTRACT

In our society the consumption of psychoactive substances has increased considerably in recent years, regardless of sex, age, educational level and purchasing power. Among them, the crack was introduced in the late 80's, has increased considerably, causing serious health risks to the user. Given the complexity of the problem in order to understand the phenomenon, this qualitative study was descriptive in character, was developed at the Centers for Psychosocial Care Drug and Alcohol Alcohol and Drugs (CAPS AD), which are one of the psychosocial care services network attention within the Unified Health System, specializing in the care of drug users. Aimed to characterize the therapeutic interventions in the treatment of patients using crack and other drugs, taking into account the actions, difficulties, therapeutic approaches and the challenges and suggestions for dealing drugs, according to psychologists who carry out their activities in this context . The study included eight psychologists with experience of at least one year, with users of crack and other drugs, entered in CAPS AD, the metropolitan area of Porto Alegre / RS. Data collection, respecting all ethical procedures for conducting the research with human beings, was through semi-structured interviews with a previously established routine, from September 2011 to February 2012. The data were subjected to the technique of content analysis according to Bardin. Among the results, it is emphasized that no specific actions for the treatment of crack in the CAPS study and treatment of AD patient who is like crack to users of other drugs, various activities aimed at social rehabilitation of patients, even with the deficiencies in CAPS and the network itself to continue this work, most psychologists demonstrated it is developing its activities in accordance with the proposed psychosocial and psychotherapeutic approach is most commonly used cognitive behavioral therapy; the greatest difficulties are in addiction treatment, in processes and working conditions and backup network in the NHS. Among the challenges and suggestions presented are the management systems and health services, the actual work of a network of care and intersectoral. It was concluded that the number of CAPS AD and other devices on the network of care is insufficient, crack users have peculiarities in their context and the challenge is to develop an intersectoral work, including caring and citizenship of users in social vulnerability to not reach the health services. We suggest research with other health teams AD CAPS, including CAPS that serve drug users in smaller municipalities and the efficiency and effectiveness of care network.

Keywords: AD CAPS, Psychologist, crack and other drugs, therapeutic interventions.

## 2.1 Introdução

Estudos realizados por Oliveira e Nappo (2008a) constataram que o consumo de crack, no final da década de 80, deu-se inicialmente pela população menos assistida e estava restrito principalmente à cidade de São Paulo. No espaço de menos de 20 anos, o crack se difundiu para todo o Brasil, tornando-se um sério problema de saúde pública, apresentando características peculiares na forma de uso, com aspectos culturais relevantes (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas [CEBRID], 2009). No Brasil, levantamentos epidemiológicos têm apontado que o aumento do uso de crack é possivelmente em razão de mudanças de seu acesso, estratégias de mercado e formas de uso (Oliveira & Nappo, 2008b).

O uso do crack e os problemas relacionados ao seu consumo não são diferentes do que acontece com outras drogas. Contudo, os usuários de cocaína e crack têm as maiores taxas de abandono do tratamento e há necessidade de se conhecer de forma mais aprofundada os problemas relacionados ao uso dessa droga para que as ações empreendidas sejam efetivas. Ainda não existem modelos de atenção especificamente elaborados para pacientes usuários de crack, somente algumas experiências exitosas publicadas, havendo a necessidade de se conhecer e aprofundar os problemas relacionados ao uso dessa droga, capacitando profissionais de saúde (Cruz, Vargens & Ramôa, 2011; Ribeiro & Laranjeira, 2010).

Sendo o CAPS AD um dos serviços de atenção psicossocial, no âmbito do SUS, que busca garantir o acesso ao atendimento de usuários de drogas, esta pesquisa buscou caracterizar as intervenções terapêuticas no tratamento de pacientes usuários de crack, através da opinião dos psicólogos inseridos no contexto dos CAPS AD da região metropolitana de Porto Alegre/RS, pertencentes à 1ª CRS/SES/RS. A relevância deste estudo se dá em função do aumento do uso de crack no Brasil e da necessidade de aquisição de novos conhecimentos neste campo.

## 2.2 O crack e outras drogas

Neste estudo, o termo “*droga*” é usado para referir as SPA que, quando ingeridas, afetam os processos mentais (cognição ou humor, entre outros) (Brasil, 2010). Dentre elas, encontram-se o crack, a maconha, o álcool, o cigarro, entre outros.

O crack surgiu nos Estados Unidos no início da década de 80 e, no Brasil, no final desta década. Portanto, não é considerada uma nova droga e o acesso a ela é facilitado, já que o valor é muito inferior ao da cocaína aspirada e injetada (Rodrigues, Caminha & Horta, 2006; UNODC, 2009). A cocaína e o crack são extraídos das folhas da planta coca, sendo que o crack é feito a partir dos restos do refino da cocaína (Castaño, 2000; Nappo, Sanches, Oliveira, Santos, Coradete Jr, *et al*, 2004). Ambas são obtidas a partir do cloridrato de cocaína, através de procedimentos de laboratório. Utilizando bicarbonato de sódio, amoníaco e água, condicionados a calor moderado, tem-se como produto final o crack (Castaño, 2000).

O crack atinge o cérebro pela via pulmonar e, por ser fumado, alcança rapidamente o cérebro e entra na corrente sanguínea. Esse processo é descrito como muito rápido (de quatro a seis segundos após a inalação), produzindo efeitos euforizantes e intensos (êxtase), gerando uma ilusão de onipotência e uma grande autoconfiança. Essa sensação ocorre muito mais rapidamente comparada as outras vias de utilização da cocaína (intravenosa e nasal) e os danos são potencialmente maiores. Esse efeito tem curta duração (cinco a sete minutos), fazendo com que a superdose seja mais frequente, se comparado a outras drogas. A vontade irresistível de usar a droga (fissura) acompanha o usuário por muito tempo, mesmo quando ele para de consumi-la. Isso faz do crack uma droga com alto potencial de induzir à dependência (compulsão) ou a comportamentos de uso continuado (Brasil, 2009a; Duailibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008; Laranjeira, 2010; Leite, 1999; Ribeiro & Laranjeira, 2010; Nappo, *et al*, 2004; Oliveira, 2007).

Em uma pesquisa longitudinal, desenvolvida por desenvolvida por Falck, Wang, Siegal e Carlson (2004), em Dayton, Ohio, nos Estados Unidos, 172 usuários de crack foram entrevistados periodicamente ao longo de oito anos. Os dados coletados incluíram idade de início de crack, frequência de uso recente e a dependência da droga. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os usuários dependentes e não dependentes para a idade de iniciação ou frequência de uso de crack, indicando que rapidamente o usuário pode se tornar dependente.

Diversos estudos (Guimarães, Santos, Freitas & Araujo, 2008; Kessler & Pechansky, 2008; Oliveira & Nappo, 2004; Oliveira & Nappo, 2008) apontam que houve mudanças na forma de uso do crack durante os últimos anos. Atualmente, são utilizadas, além dos cachimbos, latas de alumínio furadas com o auxílio de cinzas de cigarro, visando a aumentar a combustão. Essas novas estratégias trouxeram outras consequências à saúde, como o risco continuado de queimaduras labiais, a possibilidade de elevação dos níveis de alumínio no sangue desses usuários, entre outros, o que pode trazer mais danos ao sistema nervoso central.

Uma pesquisa realizada em Washington DC, nos Estados Unidos (Kopetz, Hart, Kruglanski & Lejuez, 2010) com 46 mulheres usuárias de cocaína, identificou a associação entre o uso de cocaína e comportamentos sexuais como um importante fator de risco para a infecção pelo HIV e procurou esclarecer a natureza dessa associação. Pesquisas brasileiras, como a de Nappo *et al* (2004), confirmam esses dados, acrescentando o fenômeno da prostituição entre as usuárias.

Ao longo das décadas, diversos estudos foram realizados relacionando a dependência do uso de drogas e a manifestação de transtornos mentais e de comportamento (Scheffer, Pasa & Almeida, 2010). Um estudo de delineamento transversal (Andrade & Argimon, 2006) com 706 adolescentes, estudantes do Ensino Médio do município de Porto Alegre/RS, apontou que 28% dos participantes da pesquisa apresentaram sintomas depressivos. Além disso, os adolescentes que fizeram uso de álcool, tabaco, cocaína ou outras substâncias apresentaram mais sintomas depressivos do que os que não as utilizaram.

Outro estudo como os de Sandí e Diaz (1998), realizado na Venezuela, com 198 jovens usuários dependentes de drogas, apontou que 50,5% dos participantes viviam na rua e 49,5% estavam internados em centros de tratamento. Concluíram que a maioria deles era usuária de multidrogas (crack, cocaína, álcool, maconha e tabaco), sendo o crack a droga de preferência. A maioria deles apresentava graves transtornos psicopatológicos, entre eles, a depressão.

A pesquisa de Horta, Horta, Rosset & Horta (2011), de cunho exploratório descritivo, desenvolvida com 95 usuários de crack de três CAPS AD da região metropolitana de Porto Alegre/RS, buscou caracterizar o perfil dos usuários de crack. Entre as drogas mais utilizadas, apareceram nicotina, álcool, cocaína e maconha, usadas de modo frequente junto com o crack. De acordo com os resultados, os usuários faziam uso de crack há mais de um ano e a idade de início do consumo era acima de 18 anos de idade. Os dependentes faziam uso de crack diariamente e em grandes quantidades, com um número de pedras igual ou superior a 10 por episódio típico de consumo, em uma média de 69,5% dos casos.

Outras pesquisas, como as de Ribeiro *et al* (2006) e Rodrigues *et al* (2006), apontam que o uso do crack provoca diversos comprometimentos nas funções cognitivas. Os resultados indicaram que os usuários de crack apresentaram déficits na memória, na atenção, nas funções executivas e nas soluções de problemas. A existência da combinação de crack a outras substâncias tende a piorar o quadro de saúde do usuário, pois possibilita o desenvolvimento de dependências múltiplas, dificultando a sua recuperação e retardando sua reinserção social (Oliveira & Nappo, 2008).

Outro dado preocupante se refere ao aumento de pontos de distribuição e venda de crack e a sua composição química que ainda é desconhecida, pelas interações e misturas que podem colocar a vida do usuário em risco. Além disso, a sensação de urgência por crack tem incentivado o usuário à realização de atividades ilícitas, intensificando o processo de marginalização social e os riscos a sua liberdade e integridade física, psíquica e moral (Brasil, 2004a, Kessler & Pechansky, 2008; Oliveira & Nappo, 2008a).

Guimarães *et al* (2008) apontam essa relação entre o usuário de crack e criminalidade, através de um estudo desenvolvido com 30 pacientes do sexo masculino em uma unidade de internação para desintoxicação de um Hospital Psiquiátrico de Porto Alegre (RS). Essa pesquisa constatou a frequência da presença de antecedentes criminais em dependentes de crack e que essa variável está relacionada a maior ansiedade, depressão e fissura. Herrero, Domingo-Salvany, Torrens, Brugal, Gómez, de La Fuente *et al* (2008) confirmam essa tendência numa pesquisa com 139 indivíduos, entre 18 e 30 anos, ao encontrar associação significativa entre uso de cocaína/*crack* e transtorno de personalidade antissocial.

Hasin, Stinson, Ogburn e Grant (2007) desenvolveram um estudo, nos Estados Unidos, com usuários de álcool, cuja população alvo era composta por sujeitos de baixa renda, com mais de 18 anos. As entrevistas presenciais realizadas com 43.093 inquiridos indicaram o aumento de chances de haver uso de drogas e transtorno de personalidade antissocial à medida que há comorbidades com outros transtornos psiquiátricos e quando associado a outras drogas.

### **2.3 O CAPS AD como um dos serviços de atendimento a usuários de crack e outras drogas no âmbito do SUS**

Um dos serviços de saúde, na área de atenção psicossocial, baseados na concretização de um longo processo de lutas políticas e sociais foram os CAPS. A criação dos CAPS AD foi outro marco para suprir exatamente uma lacuna e o atraso no atendimento integral de pessoas usuárias de drogas (Crives & Dimenstein, 2003).

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, buscando promover a reabilitação psicossocial de seus usuários, os CAPS são serviços de atenção psicossocial que se caracterizam pelo cuidado e atenção diária e de articulação de toda a rede de atenção, sendo uma alternativa ao hospital psiquiátrico, com leitos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária. Nesses serviços, trabalham equipes de diversas áreas de formação (Duarte & Dalbosco, 2011; Figueiredo & Rodrigues, 2004; Kantorski, Jardim, Wetzel, Olschowsky, Schneider, et al, (2009).

Já em função da necessidade de um serviço de saúde de atenção diária que atendesse ao aumento da demanda de usuários de crack e outras drogas, foram criados os CAPS AD, como um dos serviços substitutivos à internação. Eles devem estar articulados para diversas ações no cuidado de usuários de crack/cocaína, entre as quais destacamos: acolhimento universal e incondicional a usuários de crack, tratar abstinências leves de crack em nível ambulatorial, realizar busca ativa em articulação com atenção básica em casos de abandono de tratamento; desenvolver oficinas terapêuticas; acolher usuários de crack que demandem ajuda mesmo que não demonstrem desejo de interromper o consumo, e apoiar um trabalho dentro da perspectiva de RD, suporte e apoio a familiares (Brasil, 2010).

Para garantir a atenção integral a usuários de crack e outras drogas, os serviços de saúde devem estar articulados, de forma funcional e complementar, com os diversos dispositivos da rede. Os principais dispositivos da rede de atenção são os CAPS AD, os CAPS AD 24 horas, a Atenção Básica (AB)/NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), Programa Saúde da Família (PSF), Pronto Socorros e Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Ambulatórios de Saúde Mental, Residenciais Terapêuticas (RT), e Hospitais Gerais (com leitos de atenção integral) e CR (Brasil, 2010).

## 2.4 Intervenções terapêuticas:

Para Kessler e Pechansky (2008), o crack é uma droga de difícil tratamento, em função dos modelos atualmente propostos para atendimento de drogas no Brasil. A dependência dessa substância também é vista como uma doença que necessita de um tratamento com múltiplos recursos e, em muitos casos, por longo prazo. Os leitos e unidades psiquiátricas em hospitais gerais não estão sendo eficientes na sua terapêutica (Laranjeira, 2010; ABP, 2010).

Alguns dos fatores preditivos para o abandono do tratamento são problemas com a lei, baixa habilidades sociais de enfrentamento, história familiar de transtorno mental e transtorno de dependência de álcool associada, entre outros. Além disso, os usuários de crack parecem estar mais propensos a abandonar o tratamento, comparado aos usuários de cocaína intranasal (Duailibi *et al*, 2008; NIDA, 2009).

As abordagens terapêuticas para o tratamento da dependência química datam do século XIX, muito embora, desde a antiguidade, existam relatos de quadros de alcoolismo. Ainda hoje se busca avaliar qual é a eficácia de tratamentos que funcionam na DQ. Para De Boni & Kessler (2011), a dependência química resulta de vários aspectos: biológico, social e psicológico; e as intervenções devem ser diferenciadas para cada pessoa, considerando as áreas envolvidas.

Diferentes termos vêm sendo utilizados nas intervenções terapêuticas de pacientes dependentes de SPA. Encontramos as expressões modelos, programas e abordagens nas intervenções que orientam os tratamentos disponíveis no Brasil.

Os Programas se referem a planos específicos de cada instituição a respeito do tratamento proposto e devem envolver o(s) modelo(s) que norteia(m) as atividades técnicas a serem desenvolvidas (Oliveira, 2007). Podem-se citar como exemplos: Programa de RD e Programa Nacional de Álcool e outras Drogas.

Os Modelos “*são ferramentas ou dispositivos conceituais que podem ser usados por indivíduos para entender e colocar um fenômeno complexo em perspectiva*” (Mckeena, 2000, p. 12). Exemplos: Modelo Psicossocial, Narcóticos Anônimos (NA), Amor Exigente (AE), Alcoólicos Anônimos (AA).

O termo “*abordagem*” se refere às diferentes correntes teórico-metodológicas que norteiam sua atuação ou intervenção (Schneider, Sporth, Leitão, Accorsi & Sacatamburlo, 2004), que podem ser psicoterápicas de base psicanalítica, cognitivo-comportamental, humanista, sistêmica, entre outras.

Existem diferentes modelos teóricos que buscam explicar a natureza da dependência química, entre os quais podemos citar: o psicopatológico; o comportamento apreendido; o psicanalítico; o familiar e o biopsicossocial (doença familiar, sistêmico e comportamental) (Laranjeira, 2006).

Rezende (2000) utilizou as ideias de Milby (1988) para exemplificar as modalidades de tratamento de dependentes de drogas. Nessa perspectiva, as modalidades podem ser classificadas em quatro grandes grupos:

- Abordagens médico-farmacológicas - hospitalização para desintoxicação; tratamento de doenças relacionadas à dependência; tratamento psiquiátrico convencional; uso de drogas psiquiátricas; tratamento não-psiquiátrico com clínico geral, entre outros;
- Abordagens psicossociais – psicoterapia: psicanalítica; de apoio; orientação familiar; sistêmica; terapia comportamental; de grupo (comportamental, centrada na pessoa, psicanalítica), entre outros;
- Abordagens religiosas – o enfoque institucional é baseado na doutrinação religiosa e aconselhamento espiritual. Observa-se a ausência de profissionais de saúde mental (médicos, psicólogos e assistentes sociais) em algumas destas instituições de cunho religioso.
- Abordagens socioculturais – referem-se às metodologias seguidas pelas seguintes instituições: CT e os Grupos de Narcóticos Anônimos (NA).

Nos Estados Unidos, o modelo proposto pelo NIDA para o tratamento do abuso e da adição às drogas pode ser realizado em diversos ambientes, usando uma variedade de enfoques, incluindo o farmacológico e de comportamento. Há mais de 13 mil instituições especializadas que oferecem reabilitação, terapia comportamental, medicamentos, manejo de casos e outros tipos de serviços para pessoas com transtornos por uso de substância. Estas instituições especializadas e clínicas de saúde mental possuem uma variedade de profissionais de saúde mental, incluindo fisioterapeutas, médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais (NIDA, 2009). Na realidade brasileira, a abordagem deve se dar por equipe multidisciplinar, sendo um dos profissionais de saúde, o psicólogo, como preconiza a legislação.

O tratamento de pacientes usuários de drogas deve considerar “*várias modalidades, que se estendem ao longo de um espectro que abriga estratégias biológicas até psicossociais: psicoterapias, intervenções farmacológicas, programa dos doze passos (...), o modelo aplicado pelos grupos de autoajuda, abordagem da CT, entre outras propostas*” (Santos,

2007, p. 03). Moraes (2005) refere que o tratamento do usuário deve se fundamentar nos aspectos biológicos, psíquicos e sociais, a fim de ser capaz de responder às particularidades do indivíduo, do tipo de droga, do grupo e do ambiente sociofamiliar.

São apontados como fatores complicadores ao tratamento: a precocidade no início do uso de crack e outras drogas; o tempo de uso; as quantidades consumidas; os déficits cognitivos e em habilidades sociais; a falta de motivação para a mudança; as comorbidades; os problemas familiares e financeiros; e o grau de prejuízo social do paciente (Guimarães *et al.*, 2008; Kessler & Pechansky, 2008). Com relação ao prejuízo das habilidades cognitivas, esta pode interferir na adesão ao tratamento e em estratégias de enfrentamento em situações de risco já que o paciente apresenta dificuldade de atenção, planejamento, tomada de decisões, flexibilidade mental, controle dos impulsos e na capacidade de solução de problemas (Cruz *et al.*, 2011).

No processo de Avaliação Cognitiva no tratamento do dependente químico, aspectos importantes devem ser examinados, como o motivo do encaminhamento do paciente, o plano de trabalho (dados da história clínica e pessoal do paciente e do padrão de consumo de SPA) e as condições cognitivas do paciente (memória, atenção, flexibilidade mental, linguagem, abstração para identificar déficits cognitivos e compreender a possível natureza e extensão dos possíveis déficits). O resultado da avaliação cognitiva, além de útil para o planejamento do tratamento, também contribui no sentido de esclarecer o paciente a respeito de seus recursos, suas dificuldades e as mudanças que se fazem necessárias. Os testes psicológicos (adequados à faixa etária e nível de escolaridade do paciente) e outras técnicas usadas na avaliação cognitiva são elementos importantes, assim como a formação, a postura ética e a sensibilidade clínica do psicólogo (Argimon, 2010).

Com relação ao uso de medicamentos no tratamento de pacientes usuários de crack, não há comprovação de farmacoterapias eficazes até o momento, mesmo que já tenham sido testadas uma grande variedade de medicamentos para este tipo de dependência (Nuijten, Blanke, Brink & Hendriks, 2011). Os medicamentos costumam auxiliar, mas ainda não há um consenso sobre a sua eficácia, nem comprovação de que diminuam a vontade de usar o crack. A sua prescrição pode ser indicada para o tratamento de sintomas de abstinência, intoxicações, comorbidades e quadros depressivos (Cruz *et al.*, 2011; Kessler & Pechansky, 2008).

Na perspectiva da reabilitação psicossocial, as abordagens psicoterapêuticas mais utilizadas no tratamento da dependência química são a Psicoterapia Psicanalítica e Terapia Cognitivo-Comportamental. A Terapia Cognitiva (TC), a Terapia Comportamental (BT) e a

Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) mostraram-se eficazes, em vários estudos clínicos, para o tratamento da dependência química (Santos & Serra, 2004).

Cunha (2004) refere que o tratamento mais eficaz para a dependência química é a abordagem cognitivo-comportamental, no qual o processamento mental é um mediador para a mudança de comportamento. Uma das técnicas da Terapia Cognitiva Comportamental é o Treinamento de Habilidades (TH) *que “visa identificar situações reais e emocionais e, através de técnicas psicodramáticas, explorar cada situação envolvida no comportamento do dependente”*. Buscando uma maior flexibilização de respostas, através de dramatizações, as situações de risco para uso de droga são testadas objetivamente, para que o paciente encontre uma melhor estratégia para si. Algumas situações com que o dependente tem dificuldade de lidar são: sentimentos negativos, fazer e receber críticas; comunicação verbal, dizer não e recusar drogas, socialização, lidar com frustrações, adiar prazeres, reconhecer e enfrentar situações de risco, realizar um planejamento e momento de fissura (Silva & Serra, 2004, p. 39).

Kessler e Pechansk (2008), ao se referirem ao tratamento, trazem o enfoque das estratégias de prevenção de recaída, com a inclusão, na maioria das vezes, de aspectos individuais, familiares e sociais, em função de que este tipo de paciente tem associado em seu quadro outros problemas. Da mesma forma, para esses autores, a estratégia que poderia dar um resultado mais eficaz passaria por uma estrutura de tratamento de longo prazo, contemplando uma internação inicial em um ambiente psiquiátrico de hospital geral. Essa estratégia deveria posteriormente *“se estender para um modelo de atendimento baseado em comunidades terapêuticas fechadas ou com alto grau de intensidade de tratamento, também por longos períodos – frequentemente de seis meses a um ano”* (Idem, p. 97).

Laranjeira, Oliveira, Nobre e Bernardo (2003) mencionam que as terapias fundamentadas na entrevista motivacional também produzem bons resultados no tratamento, podendo ser utilizadas na forma de intervenções breves. Os pacientes dependentes químicos, nos estágios iniciais do processo de tratamento necessitam de um suporte motivacional. A utilização da Psicoterapia Psicanalítica no tratamento de pacientes dependentes de substâncias psicoativas traz bons resultados e as intervenções, individuais ou em grupo, são mais eficazes quando realizadas com o esforço combinado de uma Equipe Interdisciplinar (Santos, 2007).

De acordo com Nuijten *et al* (2011) as opções de tratamento disponíveis para os usuários dependentes de crack são limitadas e grande parte da população dependente não é alcançada pelo tratamento realizado dentro do sistema público. As intervenções psicossociais desenvolvidas na Holanda geralmente mostram resultados ainda modestos.

Lembramos que em uma compreensão sobre o consumo das drogas, limitada a uma relação somente de “causa e efeito”, negligencia-se a complexidade das relações envolvidas, ou seja, dos fenômenos relacionados que vão além do usuário, pois o mesmo envolve outros aspectos sociais e políticos (Conceição & Oliveira, 2011).

Diante da revisão da literatura apresentada e da realidade brasileira frente ao tema crack e outras drogas, esta pesquisa teve como objetivo caracterizar as intervenções terapêuticas no tratamento de pacientes usuários de crack nos CAPS AD nos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS, pertencentes à 1ª CRS/SES/RS, levando em consideração as ações, as dificuldades, as abordagens terapêuticas e os desafios e sugestões para o enfrentamento das drogas, segundo psicólogos que desenvolvem suas atividades neste contexto.

## **2.5 MÉTODO**

O presente estudo utilizou-se da abordagem qualitativa descritiva.

### **2.5.1. Participantes**

Fizeram parte do presente estudo, oito psicólogos, comprometidos com assistência direta ao paciente usuário de crack e outras drogas, que atuam em CAPS AD nos municípios pertencentes à Região Metropolitana de Porto Alegre. Foram escolhidos serviços de saúde pertencentes à 1ª Coordenadoria Regional de Saúde/SES/RS. A 1ª CRS engloba um universo de 3.536.162 habitantes, sendo aproximadamente 1/3 da população do Estado do Rio Grande do Sul e está distribuída em 24 municípios, 10 deles com mais de 100.000 habitantes, da região metropolitana e incluída a capital do Estado. A escolha do profissional de saúde da área de psicologia se deu devido a sua importância no desenvolvimento de ações psicossociais, bem como a sua possibilidade em contribuir de forma significativa para uma avaliação cognitiva na qual haja a utilização de testes psicológicos.

Um dos critérios de inclusão foi que esses serviços de saúde funcionassem como CAPS AD, ou seja, cadastrados no Ministério da Saúde para essa demanda, englobando, assim, as microrregiões de saúde da 1ª CRS: Porto Alegre/Vale do Gravataí e Vale dos Sinos Norte,

num total de 2.100.47 habitantes. Outro critério de inclusão se deu quanto aos psicólogos, os quais deveriam ter, no mínimo, um ano de experiência com pacientes usuários dependentes de crack.

Os participantes eram do sexo feminino, com idade entre 27 a 42 anos, e com tempo de formação variando entre dois a oito anos. Todos possuíam pós-graduação, sendo que três tinham mais de uma especialização na área da saúde. Seis psicólogas buscaram especialização por conta própria e duas, através de convênios com a gestão estadual/RS. Entre essas especializações, encontramos a Terapia Cognitivo Comportamental (duas), Psicoterapia Cognitiva (uma), Dependência Química (duas) e Gestão e Tratamento de Usuários de Droga. Duas psicólogas possuem Residência na área da Saúde Pública e duas possuem Mestrado na área da Psicologia.

Quatro participantes receberam capacitações custeadas pela Rede e somente um não participou de capacitação nos últimos dois anos e os demais participaram de cursos de curta duração e seminários relacionados à DQ. Uma psicóloga apresentou trabalho em congresso científico e outro publicou um artigo na área de dependência em função do mestrado realizado. Quanto às capacitações que gostariam de receber, relataram a necessidade de cursos de atualização e congressos que tratem do crack e outras drogas, envolvendo as seguintes temáticas: prevenção, portas de entrada nas drogas, dependência, manejo, psicodinâmica, comorbidades, tratamento, etc. Além disso, foi destacada a importância de cursos de pós-graduação em dependência química.

Uma psicóloga também exercia as funções de supervisora de estágio na área de psicologia e duas acumulavam a coordenação do Serviço. A maioria destas possuía vínculo empregatício regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Em dois CAPS AD encontramos profissionais da Equipe regidos por diferentes vínculos empregatícios (estatutário, terceirizado – CLT - Associação e Fundação).

Estes serviços de saúde prestam atendimento a usuários de drogas há mais de dois anos, mesmo antes de serem credenciados pelo MS para funcionarem como CAPS AD. Além disso, quatro destes CAPS AD possuem gestão municipal, um tem gestão federal e dois com gestão compartilhada (público e privado). A equipe de trabalho era composta por profissionais de diversas áreas (médico clínico, psicólogo, médico psiquiatra, enfermeiro, terapeuta ocupacional entre outros), as quais se diferenciavam pelo número e especificidade.

Alguns dados de caracterização dos participantes podem ser observados na tabela 04. Outras informações foram suprimidas a fim de preservar a identidade dos participantes, tais como idade, horário de funcionamento do serviço.

**Tabela 04****Perfil da instituição CAPS AD e participantes**

Participantes	Tempo de Exper. DQ.	Carga horária	Tempo func. CAPS	Vínc. Empre.	Tempo prof. no CAPS
1	03a6m	20hs	9a	Concurs.	3a6m
2	05a	30hs	9a	Concurs.	05a
3	05a	30hs	08a	CLT	04a06m
4	03a	40hs	03a	CLT	02a
5	02a	25hs	03a	CLT	04m
6	02a6m	25hs	02a6m	CLT	02a06m
7	03a	25hs	04a	CLT	02a06m
8	01a6m	36hs	07a	CLT	01a06m

## 2.5.2. Instrumento e Procedimentos de Coleta de Dados

Para a realização da coleta de dados, o instrumento utilizado foi uma entrevista individual, com base num roteiro semi-estruturado, contendo 11 questões abertas. Elas foram subdivididas em cinco eixos temáticos: perfil da instituição CAPS AD e dos participantes; intervenção instituição CAPS AD, intervenção do profissional de psicologia; dificuldades e desafios e sugestões, elaborados de acordo com os objetivos da pesquisa. O roteiro da entrevista se encontra no Anexo A desta dissertação.

Observando as questões éticas inerentes à pesquisa com seres humanos, a inserção nos CAPS AD se deu após a autorização das Secretarias Municipais de Saúde, através dos Coordenadores do Serviço de Saúde Mental dos municípios e Coordenadores do CAPS AD, os quais entraram em contato com as psicólogas que poderiam fazer parte da pesquisa, de acordo com os critérios de inclusão. O convite e contato inicial com as psicólogas, para participarem da pesquisa, deram-se por telefonema. Foi esclarecido que a contribuição era voluntária e que a entrevista poderia ser interrompida em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo para os participantes. Também foi enviada previamente, por e-mail, a cópia do

projeto para as participantes e para alguns dos Coordenadores do Serviço de Saúde Mental de alguns municípios.

O projeto da pesquisa foi submetido e aprovado por quatro Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) ligados direta e indiretamente aos CAPS AD estudados ( n°s 11/112; 11/189; 702 e 526/12). Foram salvaguardados todos os procedimentos éticos para a realização da pesquisa com seres humanos (risco mínimo, direito de sigilo, consentimento informado), de acordo com a American Psychological Association (APA) e os critérios referentes às resoluções n° 16/2000, do Conselho Federal de Psicologia e 196/2006 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), respeitando a dignidade e o direito dos entrevistados.

Após todas as aprovações necessárias, a coleta dos dados se deu entre os meses de setembro de 2011 a fevereiro de 2012. As entrevistas com as psicólogas se deram no interior nas salas de atendimento, localizadas no interior dos CAPS AD, com a duração aproximada de 40 minutos a 1 hora e 30 minutos. Antes de iniciar, foi explicado em que consistia a pesquisa, reiterando a garantia da confidencialidade das informações e da manutenção da privacidade na divulgação dos resultados da pesquisa, assim como a liberdade para abandonar o processo a qualquer tempo, sem nenhum tipo de prejuízo pessoal e profissional. Nesse momento, os participantes assinaram o(s) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com as normas de cada um dos CEP. Essas entrevistas foram gravadas em áudio, com o consentimento e aceitação dos participantes e transcritas posteriormente para análise por parte da pesquisadora.

### 2.5.3. Procedimentos de análise dos dados

Os dados coletados através das entrevistas individuais foram integrados e analisados tendo como referência o método de Análise de Conteúdo (Bardin, 1994), que consiste na descrição analítica do conteúdo manifesto, realizado em três fases, para interpretação posterior: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

A Análise de Conteúdo pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise de dados (quantitativos ou não). Visa a obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, dos indicadores e os conhecimentos relativos às condições de variáveis inferidas na mensagem. (Bardin, 1977).

Para Minayo (2003, p. 74) a análise de conteúdo visa a verificar hipóteses ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto. A análise feita com “*o que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e/ou simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo manifesto (seja ele explícito e/ou latente)*”.

#### 2.5.4. Resultados e Discussão

A análise de conteúdo realizada foi desenvolvida, levando em consideração os objetivos propostos para a pesquisa e as categorias estabelecidas a priori basearam-se nos seguintes eixos temáticos: (1) intervenções instituição CAPS AD, (2) intervenções do profissional de psicologia (3) dificuldades e (4) desafios e sugestões. O detalhamento dos resultados será apresentado a seguir:

##### 2.5.4.1. Intervenção instituição CAPS AD

Quanto à busca de atendimento do usuário de crack, segundo as entrevistadas, é similar ao usuário de outras drogas. É feita de várias formas, como por exemplo, demanda espontânea (pelos próprios pacientes), por pacientes acompanhados de familiares ou por meio de encaminhamentos diversos: UBS, Hospital Geral, Emergência, Conselho Tutelar, Serviços Assistenciais (Abrigos, Albergue, Secretaria de Assistência Social, CR) e demandas judiciais. Muitas vezes, os pacientes chegam ao CAPS AD, por insistência da família ou de forma compulsória, o que dificulta a inserção do mesmo ao tratamento.

Já no que diz respeito ao acolhimento realizado, na maioria destes CAPS, ocorre no mesmo dia da procura de atendimento pelo paciente. Varia a forma do acolhimento pelos CAPS AD e o profissional que o acolhe. Em alguns casos, o profissional é um técnico de enfermagem que encaminha o paciente para um técnico de referência. Em outros, o próprio profissional que fez o acolhimento fica como terapeuta de referência ou encaminha para outro membro da equipe. Durante o acolhimento é feita uma avaliação do paciente, a qual inclui dados de anamnese para montar o plano terapêutico. Em alguns, o paciente participa de um grupo de acolhimento, que pode variar de uma a três sessões. Ressalta-se que alguns destes serviços, o acolhimento não é realizado no momento da procura pelo paciente.

Principalmente, no caso de usuários de crack, é necessário que este se dê exatamente quando o usuário dependente sentir a necessidade de busca de ajuda.

Na opinião dos entrevistados, não há ações específicas para o problema do crack nos CAPS AD, pois as intervenções visam o tratamento e a prevenção do uso de drogas em geral. No entanto foi destacado que existem especificidades no quadro dos usuários de crack, que dificultam o seu tratamento (as quais serão detalhadas no item dificuldades). Entre as ações desenvolvidas (tabela 05) destacam-se: acolhimento, busca ativa do paciente, visita domiciliar, atendimentos individuais e em grupos. Incluem-se ainda ações direcionadas à comunidade, tais como: palestras (escolas, Câmara de Vereadores), apoio matricial em algumas UBSs, participação em eventos, programas de rádio e reuniões em Associação de Moradores, como forma de reinserção social.

Os estudos científicos realizados pela National Treatment Agency (NTA) for Substance Misuse, da Grã Bretanha, de 2002, referem que tratar a dependência do crack não é mais difícil e não implica desenvolver habilidades novas por parte da equipe dos serviços. É necessário compreender que as abordagens terapêuticas devem incluir, além dos aspectos médicos e biológicos, ações que possam privilegiar o contexto socioemocional dos sujeitos (Cruz *et al*, 2011).

As intervenções no tratamento do crack e outras drogas devem levar em consideração os problemas familiares, psicológicos e físicos decorrentes do uso das drogas e somente quando o paciente apresentar problemas psíquicos graves e não tiver um suporte familiar e social, a internação (na rede hospitalar) poderá ser recomendada, mas com posterior continuidade nos CAPS AD. Devemos lembrar que ao longo da história vimos que a internação, como forma de cuidado, exclui, contrariando as disposições da Lei 10.216/1991 que instituiu a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial no Brasil. Sob esta ótica, as CT foram mencionadas pela maioria dos participantes, como um retrocesso nesse processo de desinstitucionalização, pois “*a liberdade é terapêutica*”. Além disso, foram contrários à destinação de recursos públicos para estes serviços de saúde fechados e privados.

A reinserção social é reconhecida como um dos objetivos a serem desenvolvidos nos CAPS (Figueiredo & Rodrigues, 2004). Deve possibilitar o desenvolvimento de um conjunto de ações que envolvam os profissionais de saúde, atividades de atendimento aos usuários e de suporte social, inclusive para os familiares. As equipes da maioria dos CAPS AD estudados vêm trabalhando com os pacientes a reinserção social, seja nos atendimentos, através de atividade em grupo ou no apoio das famílias. Dois CAPS vêm desenvolvendo atividades de geração de renda e formação profissional, através de parcerias com órgãos não

governamentais. Foi referida a falta de uma rede efetiva para esta finalidade, encontrar empresas que contratem usuários de drogas e o próprio paciente “*usar*” o dinheiro como mecanismo de receita.

**Tabela 05**  
**Intervenção instituição CAPS AD**

Atividades realizadas/desenvolvidas	
Oficinas	Jornal Horta Artesanato Reciclagem
Ações direcionadas à comunidade	Fórum em escolas Associação de Moradores Palestras na comunidade
Reinserção Social e Geração de Renda	Rádio Site para venda dos trabalhos da oficina Feira de artesanatos na comunidade Excursão com pacientes Trabalho em convênio com ONGs Parcerias na comunidade com SESI e SESC para cursos profissionalizantes Participação em eventos na comunidade
Abordagens psicossociais	Visitas domiciliares Busca ativa Abordagens psicoterapêuticas: Psicoterapia individual e de grupo

Com relação aos processos de trabalho, as atividades de suporte terapêutico descritas são vistas como importantes no tratamento e na reinserção social. Numa pesquisa desenvolvida em 30 CAPS dos estados da região Sul (Kantorski *et al*, 2009), os usuários, familiares e equipe consideraram as oficinas ferramentas essenciais no processo de socialização, fortalecimento de vínculos e inserção social, reforçando as potencialidades de desencadear processos de geração de renda. As visitas domiciliares, os grupos terapêuticos e o acolhimento também foram apontados como instrumentos de trabalho facilitador no tratamento dos pacientes atendidos.

Diversas são as atividades desenvolvidas pelos CAPS AD, de acordo com o MS (Brasil, 2004a), para pacientes que necessitem cuidados na área de álcool e drogas e que não demandem internação hospitalar. Dentre elas, destacam-se: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras) e atendimento de desintoxicação, de

acordo com a Portaria nº 2.197/2004. Esta portaria teve como objetivo redefinir e ampliar a Atenção Integral para Usuários de Álcool e outras Drogas no âmbito do SUS (Brasil, 2004b).

Com relação ao questionamento sobre o atendimento em horário integral dos CAPS AD 24 horas, os participantes ponderaram que esta pode ser uma opção relevante para o atendimento de pacientes usuários de crack e outras drogas, principalmente naqueles casos de pacientes com vulnerabilidade social, porque amplia o período de atendimento (incluindo a noite e finais de semana), respeitando a necessidade imediata do paciente, como nos momentos de fissura. Podem evitar ou diminuir o número de internações hospitalares e auxiliam na prevenção de recaída. Essa posição pode ser observada nos seguintes relatos: *“são atendidos quando o paciente precisa”*; *“ajuda prá não precisar de internação”*; *“muitos relatam que bate o desespero é de noite”*; e *“é poder receber o paciente a qualquer hora”*.

Uma dificuldade apontada foi a grande demanda de usuários de drogas e o número insuficiente de CAPS AD e CAPS AD 24 horas para a cobertura da população atendida. Isto é uma realidade para os municípios que possuem este tipo de serviço comparado ao número de habitantes. Vale lembrar que na microrregião Vale dos Sinos Sul, pertencente à região metropolitana de Porto Alegre, não possui formalmente, CAPS AD, conta somente com Ambulatórios de Saúde Mental. Como o Plano Integrado de Combate ao crack e outras drogas prevê o aumento de CAPS AD 24 horas em todo o país, há necessidade de que isso seja uma ação urgente a ser implementada em alguns municípios da região metropolitana, dado o número de habitantes destas microrregiões de saúde.

Além disso, uma das críticas em relação a esses serviços de saúde é feita pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMERSP, 2010), que, após avaliar a atuação e as condições de funcionamento de 85 dos 230 CAPS em atividade no estado de São Paulo, em 2010, concluiu que os CAPS III pesquisados não dispõem de atenção contínua durante 24 horas, conforme preconiza a legislação. Há segundo o Conselho, falhas no registro de dados dos prontuários médicos e ausência, em alguns CAPS, de articulação com recursos comunitários para a reintegração dos pacientes.

#### 2.5.4.2. Intervenção do profissional de Psicologia

Como vimos anteriormente, o tratamento da dependência pode ser realizado por diversas abordagens terapêuticas. Entre uma das possibilidades desta modalidade destaca-se a psicossocial e dentre esta encontramos as abordagens psicoterapêuticas, segundo diversas linhas teóricas, utilizadas pelos psicólogos. Para tanto, utilizaremos os conceitos de Rezende (2000) e Cruz et al (2011).

Em relação às abordagens psicoterapêuticas, foi citada a psicoterapia individual e de grupo e as linhas teóricas mencionadas nestas abordagens foram a TCC, seguida da Sistêmica e da Psicanálise. Alguns profissionais trouxeram que utilizam mais de uma linha teórica, dependendo do caso: “*mais uma do que outra*”; “*no início uma e no final outra*”. Alguns psicólogos não realizam psicoterapia individual, somente desenvolvem grupos com pacientes, família e acompanhamento de familiares. Além disso, várias técnicas foram referidas pelos participantes (Tabela 06). Algumas delas são específicas de determinada linha teórica, como por exemplo, o Treinamento de Habilidades (TH) e a Prevenção de Recaída (PR) da TTC, enquanto outras podem ser utilizadas em mais de uma linha teórica, como a Psicoterapia Breve.

Para De Boni e Kessler (2011), diversos modelos vêm sendo utilizados atualmente e o tipo de tratamento vai depender da gravidade, das consequências do uso de drogas e os recursos disponíveis na comunidade. O tratamento indicado a cada usuário dependente de SPA deverá ser de acordo com critérios previamente estabelecidos com o mesmo, podendo se constituir em abordagens complementares para um mesmo sujeito.

Vários dos CAPS AD estudados fazem grupos de PR e TH. A PR apresenta boa eficácia, comprovada em diversos estudos clínicos e “explora cognições e comportamentos associados apenas ao uso de drogas, através de técnicas motivacionais, de reestruturação das cognições e de modificação do comportamento” (Silva & Serra, 2004, p. 38). Já o TH tem seu enfoque na dificuldade de habilidades do dependente químico para lidar com algumas situações do dia a dia que o impulsionam a consumir drogas. As técnicas usadas no TH são verbais e dramatizações (*role play*), técnicas estas que são utilizadas por alguns dos entrevistados.

**Tabela 06**  
**Intervenção profissional de psicologia: Abordagens psicoterapêuticas segundo Linhas Teóricas**

<b>Linhas</b>	<b>Intervenções</b>
TCC	Teoria dos Esquemas Treinamento de familiares Gerenciamento de caso Psicoterapia Breve Prevenção à recaída/manutenção Manejo de contingência Intervenções motivacionais Treinamento de Habilidades (TH) Treinamento de Habilidades Sociais (THS)
Psicanálise	Grupo operativo Psicoterapia Breve Psicoterapia individual Ludoterapia
Psicodrama	Dramatização
Sistêmica	Grupo de familiares

Nas abordagens psicossociais, de acordo com Cruz *et al* (2011), as intervenções com usuários com quadros mais graves são utilizadas com eficiência as abordagens psicoterapêuticas individuais e em grupo. Já os usuários com múltiplas necessidades (incluindo dificuldades familiares, sociais, motivacionais, laborativas, entre outras) respondem melhor com a abordagem em grupo, concomitante com atividades práticas. Dentro dessas abordagens, os CAPS AD que fizeram parte da pesquisa vêm desenvolvendo diversas atividades, tais como as psicoterapias individuais e em grupo, já citadas anteriormente, o acolhimento, a entrevista motivacional, a avaliação psicológica, etc., demonstrando estarem de acordo com as recomendações encontradas na literatura pesquisada.

A maioria dos psicólogos demonstrou estar de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e da Política para a Atenção Integral de Álcool e outras Drogas do MS que busca a substituição do modelo assistencial hospitalocêntrico por redes de atenção especializadas, compostas por dispositivos extra-hospitalares (Brasil, 2004a).

#### 2.5.4.3. Dificuldades

Essa questão permitiu aos psicólogos trazerem suas angústias e impotências, não só no tratamento de pacientes, mas também as dificuldades que enfrentam no desenvolvimento das

suas atividades nos CAPS. As subcategorias encontradas foram: dependência, processos/condições de trabalho e Rede.

Vários pontos foram verbalizados, como dificuldades no tratamento da dependência (tabela 07), entre os quais se destacam: a questão motivacional frente às recaídas, os laços rompidos com a família, a supervalorização da droga crack em comparação a outras drogas (incluindo as consideradas lícitas), as comorbidades associadas ou consequentes. Outros pontos críticos são a continuidade do tratamento após uma internação porque “quando o paciente sai da internação não consegue ver que tem que ter uma continuação (no CAPS)” e o paciente “ver o CAPS como albergue”. Em relação ao tratamento compulsório, ele é percebido como um fator que dificulta a adesão ao tratamento: “*é difícil porque (os pacientes) estão no CAPS porque são obrigados, os de álcool é mais difícil, se o paciente está motivado ele aceita*”.

**Tabela 07**  
**Dificuldades no tratamento: Dependência**

Crack	Riscos em casos de depressão grave Comorbidades associadas Maior vulnerabilidade social Laços rompidos com familiares Supervalorização do crack (banalização na mídia) Redução de danos não se efetiva Questão da recaída é maior no crack
Crack e outras drogas	Dificuldade de adesão ao tratamento de pacientes com comorbidade Uso de várias drogas Casos de internação – o CAPS não acompanha Preconceito – inclusive dos profissionais de saúde Tráfico e prostituição
Recaídas durante o tratamento	Dificuldade de entendimento por parte do paciente que faz parte do processo de tratamento Questão motivacional do paciente e da família nas recaídas
CAPS AD	Paciente ver o CAPS como albergue Número reduzido de CAPS AD para a demanda Horário de funcionamento do CAPS AD – para auxílio no turno da noite

Quanto à recaída, esta é “maior no crack”. É vista como parte do processo, do tratamento e é “*o momento de rever o processo*”, “*voltar a trabalhar a motivação*” e “*rever a medicação*”. É um momento de aprendizagem, entender que é da doença e, quando necessário, há uma mudança no plano terapêutico. Mesmo fazendo parte do processo, é

sentido como “*muito difícil*” e “*o profissional desta área tem que ser resistente à frustração*” e “*trabalhar com o paciente para que ele fique mais tempo sem recaída*”. Além disso, “*muitos (pacientes) acham que é recomeçar do zero, ajudá-los a reconhecer que não é do zero*”. Para De Boni e Kessler, (2011), para o paciente aceitar a abstinência total, como meta no tratamento, deverá ser preparado para esta possibilidade, sendo necessária uma avaliação mais ampla e cuidadosa em função da natureza crônica e recorrente da dependência.

Outro entrave é o uso de várias drogas, principalmente o álcool, pela maioria dos usuários de crack e suas consequências, pois “*estes pacientes têm mais problemas de cognição e comorbidades*”. Principalmente nestes casos, alguns CAPS AD pesquisados procuram fazer busca ativa porque “*o índice de abandono é altíssimo*”. Esse dado é confirmado por Horta *et al* (2011), na pesquisa com 95 usuários de crack de CAPS AD da Região Metropolitana de Porto Alegre. Entre as drogas mais utilizadas, apareceram nicotina, álcool, cocaína e maconha, usadas de modo frequente, e de forma pesada junto com o crack.

A maioria os entrevistados referiu a dificuldade em avaliar e tratar pacientes com comorbidades associadas ao quadro da dependência, além dos entraves nos encaminhamentos dos mesmos para a Rede. De Boni e Kessler (2011) relatam que pacientes com comorbidades e uso de drogas apresentam maiores dificuldades para a adesão ao tratamento, não respondendo bem a abordagens terapêuticas direcionadas a apenas um dos sintomas apresentados, necessitando combinar medicamentos, incluindo abordagens para ambos os casos.

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2010), os CAPS não possuem recursos técnicos para atender às diversas formas de manifestação dos transtornos mentais e da DQ e muitos destes não funcionam adequadamente. Os CAPS devem ser vistos como uma das diversas ferramentas úteis dentro da rede de atendimento e não como prioritários, sendo necessário que esta rede funcione integrada.

Quanto às dificuldades referentes aos processos/condições de trabalho (tabela 08) que interferem no tratamento dos pacientes, foram apontados os trabalhadores de saúde nomeados/contratados que não possuem conhecimento e qualificação em DQ. Muitos dos profissionais que atuam nos CAPS AD entram nessa área através de concursos e contratações (Associações ou Fundações), sem ter identificação com a DQ. Entre as falas que expressam essas dificuldades encontramos: “*caem de paraquedas no serviço*”, “*muitos assumiram, sem gostar de trabalhar nessa área*” e “*vem muitos profissionais que não gostam e não querem trabalhar com dependência química*”, “*muitos psicólogos entraram e saíram*” e “*os profissionais novos não tem conhecimento de dependência química*”. Essa situação faz com

que a rotatividade seja grande e “a troca de profissionais é muito intensa”. Em um dos CAPS AD, em que houve a mudança de gestão administrativa no município (incluindo a forma de contratação), em menos de seis meses, “muitos psicólogos entraram e saíram (...), o que fez com que houvesse mais internações hospitalares, duas a três por semana, antes era oito por ano, não dá prá fazer vínculo com a equipe e o paciente recai”. Como uma das consequências está a dificuldade do desenvolvimento de um vínculo do paciente com os profissionais da equipe, além de deixá-lo sem o profissional de referência.

**Tabela 08**  
**Dificuldades no tratamento: Processos/Condições de Trabalho**

Financeiros	Falta de verbas Verbas públicas não repassadas Poucos investimentos
Infraestrutura	Falta de espaço físico Problemas de manutenção
Humanos	Profissionais sem identificação e conhecimento em DQ Rotatividade de profissionais Divergência entre salários num mesmo CAPS
Materiais	Falta de materiais para as oficinas Falta de medicamentos Falta de apoio logístico– recursos para poder desenvolver as atividades

No que tange aos fatores relacionados às condições de trabalho foram apontados por diversos psicólogos, a escassez de recursos: *materiais*, a “falta de carro”, “uma visita ou uma internação domiciliar não dá prá fazer”, “limitação do espaço físico”, os “problemas estruturais” (estrutura física) chegando a impedir os atendimentos e a morosidade nos consertos quando ocorre algum “estrago na casa”. A carência de recursos faz com que os próprios profissionais tenham que trazer materiais de casa para ajudar nas oficinas e utilizem dinheiro pessoal para compra de materiais e outros utensílios, inclusive para uso da equipe. A pesquisa de Kantorski *et al* (2009), também constatou a deficiência de infraestrutura em vários dos CAPS estudados, como a escassez de material para o trabalho cotidiano nas oficinas, de automóvel para as visitas domiciliares, a ausência de medicamentos e de recursos humanos. Para os autores, a falta ocasional de medicamentos, revela dificuldades no planejamento e na gestão dos recursos públicos, seja por problemas na aquisição ou distribuição.

Também foi apontada a falta de conhecimento técnico em DQ dos profissionais de saúde da rede (inclusive dos hospitais gerais). Há precariedades e falha no trabalho em parceria com a AB e de rede de assistência em alguns municípios.

Com relação à rede hospitalar, foi citada a dificuldade de continuidade do tratamento dos pacientes, principalmente os que possuem comorbidades. O problema de vagas nos hospitais gerais *“quando (o paciente) necessita de internação”, “ele está vulnerável, a dificuldade com vagas é muito comum”*. Em muitos casos, não se consegue atendimento, *“às vezes não tem leitos”* ou *“os pacientes ficam no corredor”* e *“não tem mecanismo de suporte, é muito complicado porque não tem outro mecanismo”*.

A burocracia nas CTs também prejudica o paciente quando ele aceita este tipo de tratamento. As exigências para internação, em muitas destas, *“também é um fator, às vezes, é um entrave que o paciente chega a desistir pelos trâmites, pelos entraves”*. Para o CREMERSP (2010), as dificuldades encontradas estão na retaguarda para emergências médicas e psiquiátricas e internação psiquiátrica na disponibilização de atendimento médico clínico.

#### 2.5.4.4. Desafios e Sugestões

Muitos foram os desafios mencionados pelos participantes, os quais destacaram que trabalhar na área da dependência química é um *“desafio em tudo, os profissionais vivenciam muita coisa”, “é um desafio diário”* e *“o profissional tem que ser resistente à frustração”*. A equipe tem que *“identificar recaída, depressão, risco, etc.”*.

Quanto aos profissionais dos CAPS AD, foi colocada a necessidade de qualificação e capacitação, com a oferta de mais cursos, inclusive para os profissionais da Rede. Além disso, foi destacada a importância de uma maior valorização e remuneração dos trabalhadores.

Em relação à dependência, foi destacada a necessidade de se ter um *“olhar mais científico e menos filosófico”* frente à problemática das drogas e da humanização no atendimento, sem rotular o paciente pelo tipo de droga que ele usa. Foi salientado como um desafio a promoção de uma discussão baseada em preceitos ideológicos, políticos e sociocultural. Foi destacada a necessidade de se dar ênfase nas outras drogas, incluindo as lícitas e que se evite a orientação de uma política de internação e exclusão.

Este ponto vem sendo muito discutido por diversas entidades, inclusive pelo CFP. O Manifesto Público lançado no ano de 2011, repudia as políticas públicas que incentivem a internação e a internação compulsória (involuntária), inclusive de crianças e adolescentes, pois estas intervenções não levam em consideração algumas questões importantes como a inclusão social. Outro ponto é o rompimento com a estrutura de rede, preconizada pelos princípios do SUS ao desrespeitar o direito de ir e vir dos sujeitos (CRP RS, 2011).

A RD é um dos eixos norteadores da Política Nacional para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas do MS, que busca a assistência para o usuário e é centrada em uma rede extra-hospitalar, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, voltada para a reabilitação e reinserção social, de base comunitária e que esteja articulada com os demais serviços de saúde e outras Secretarias (Zanchin, 2011).

A maioria dos psicólogos entrevistados referiu que grande parte dos CAPS AD não trabalha com o Programa de RD, mesmo que alguns considerem uma abordagem importante. De acordo com a opinião de alguns dos psicólogos, no caso de usuários de crack, é mais difícil, porque *“não ficam só numa droga, logo passam para outra”*. Reforçaram que, principalmente os pacientes usuários de crack (por serem muito compulsivos e possuírem mais problemas pelas comorbidades) e os pacientes com histórico de internação em CT não aderem à RD.

Com relação ao Plano de Enfrentamento ao crack e outras drogas, instituído pelo governo federal, este é percebido como nova perspectiva sobre a problemática das drogas, mas ainda encontra-se na teoria, sendo necessária a implementação de diversos dispositivos na rede de atenção, com a participação efetiva dos profissionais de saúde e dos gestores.

Para a maioria dos psicólogos entrevistados, *“essa nova perspectiva”* sobre a problemática das drogas se deu principalmente a partir da influência da mídia, a qual tem dado destaque ao aumento e a gravidade do uso do crack. Foram citadas algumas ações que deverão ser implantadas e implementadas, entre as quais, a RD, os CR, os CAPS III 24 horas e a tentativa de construção de Rede. Por outro lado, em alguns municípios da região metropolitana de Porto Alegre, essas ações imediatas previstas nesse plano ainda não são percebidas.

Dentre as críticas dirigidas ao plano, foi destacado, pela maioria dos participantes, o número reduzido de CAPS AD, o desconhecimento da aplicação dos recursos financeiros destinados ao desenvolvimento das ações e sua aplicação, em convênios com as CTs (consideradas por alguns participantes como um retrocesso no SUS). Este posicionamento vai

de encontro com as críticas feitas pelo CRF e CRP RS, que são contrários ao financiamento público nas CT (CRF, 2011, CRP RS, 2011).

Várias sugestões foram apontadas, como a participação efetiva dos gestores municipais para que o plano aconteça e para que os trabalhadores sejam escutados; a criação de uma comissão para se ocupar da elaboração e aprimoramento de um plano sobre drogas, envolvendo profissionais dos CAPS AD e da Rede.

Para fortalecer a estratégia do SUS no enfrentamento do crack e outras drogas, várias sugestões foram trazidas, envolvendo os CAPS AD e os profissionais e a Rede. Com relação ao serviço, foi trazida a importância de não haver horário fixo para acolhimento, ampliação do horário e a necessidade de implantação e aumento do número de CAPS 24 h (para não superlotar as Emergências) e ampliação do horário dos CAPS AD (atendimento à noite para inclusão dos pacientes que trabalham).

Referente à Rede, os desafios colocados pelos participantes giraram em torno do trabalho de rede realmente efetivo com a corresponsabilidade e alternativas pensadas em conjunto e o fortalecimento da diretriz de RD como paradigma de trabalho e cuidado integral. Também foi mencionada a necessidade de maior envolvimento dos gestores municipais, visando um trabalho integrado em todas as instâncias e o desenvolvimento de Políticas Sociais que abranjam a sociedade sem a política de exclusão.

Sugeriram a criação e implementação de CR e Casas de Acolhimento (CA), entre outros. Estes são imprescindíveis como um suporte para atendimento de usuários que não chegam ao CAPS AD, principalmente os que se encontram em vulnerabilidade social.

Cruz *et al* (2011, p. 204) colocam essa perspectiva como fator importante no atendimento pois muitos usuários de drogas “*veem um lugar para onde ir como um primeiro passo na busca por tratamento*”. Estes serviços de saúde presentes na Rede devem oferecer atendimentos, inclusive “*para outros problemas (como saúde mental, emergência e serviços sociais), são uma ótima fonte de informações sobre serviços para dependência de álcool e outras drogas*”.

Vimos que, de acordo com os entrevistados, muitas são as dificuldades e desafios a serem enfrentados. O envolvimento dos gestores e o trabalho intersetorial são apontados como uma das ações necessárias para o enfrentamento do crack e outras drogas.

## 2.6. Considerações Finais

O tratamento da dependência de SPA é um campo permeado de dificuldades, dúvidas e incertezas, não existindo métodos e modalidades infalíveis e o índice de efetividade dos programas ainda é considerado baixo (Kaminer & Szobot, 2004). Além disso, o atraso no direcionamento político-estratégico efetivo, na realidade brasileira, propiciou diferentes ações e propostas terapêuticas na atenção ao dependente usuário de drogas.

Analisando os resultados, foi possível inferir que os CAPS AD, mesmo pertencendo a uma mesma CRS, se diferenciam quanto à organização e funcionamento. Eles funcionam de modo independente e não há um consenso nas intervenções terapêuticas desenvolvidas, tanto pelo serviço de saúde como pelos profissionais de psicologia.

Pode-se supor que essa diferenciação esteja relacionada ao histórico dos programas de saúde mental e atenção aos usuários de álcool e outras drogas no país, a demora de implantação de uma política de saúde integral dirigida ao dependente de drogas e a situação socioeconômica e cultural de cada região. Podemos inferir que outro aspecto pertinente à esta questão, deve-se ao fato dos entes federados (federal, estadual e municipal) serem independentes e a dificuldade de reunir os trabalhadores de saúde de toda a rede para encontros, capacitações e reuniões junto à Regional (1ª CRS).

Ainda encontram-se dificuldades no desenvolvimento de ações conjuntas com os outros serviços de saúde da rede extra-hospitalar, principalmente no caso de pacientes com comorbidades, e da rede intersetorial. Os participantes consideraram que algumas ações atuais, propostas pelo governo, tais como: o credenciamento e financiamento de tratamento de usuários de drogas em CT (com recursos públicos) e a internação compulsória são retrocessos ideológicos que ferem os direitos humanos e os princípios da reforma psiquiátrica brasileira.

O papel dos profissionais que gostem de trabalhar na área da DQ mostra-se produtivo no tratamento do paciente usuário de drogas. Um fator significativo foi à busca de especialização por parte dos psicólogos, o que pudemos supor que a formação acadêmica é insuficiente ou deficitária para o atendimento de usuários de SPA. A inclusão de profissionais que não se identificam com área da DQ, como vimos nos resultados deste estudo, tem provocado um aumento na rotatividade, além de interferir diretamente no tratamento dos pacientes e na dinâmica da equipe. Apesar de o governo estar investindo somas altíssimas,

com disponibilização de verbas, inclusive para capacitações (dentre as ações imediatas), foram destacadas as condições de trabalho precárias em quase todos os CAPS AD estudados.

Diante destas questões, muitos são os questionamentos que fazemos: como e onde os recursos financeiros e materiais estão sendo aplicados? Quem está fiscalizando a aplicação dos recursos? Os Conselhos Municipais de Saúde estão efetivamente desenvolvendo as atividades a que se propõe? O crack está sendo potencializado e supervalorizado em comparação às outras drogas? E o aumento do consumo e uso abusivo das drogas lícitas? Por que a identificação ou não, dos profissionais de saúde na área da DQ não é levado em consideração quando os mesmos são nomeados (seja por concurso público ou regidos pela CLT) para os CAPS AD?

Nos CAPS AD estudados, vimos que não há intervenções específicas no tratamento de usuários de crack. As abordagens são as mesmas para qualquer tipo de droga. O plano terapêutico e as ações desenvolvidas são direcionadas aos usuários, independente da droga que usam, salvo algumas peculiaridades. As intervenções terapêuticas desenvolvidas estão próximas da proposta regida pela reforma psiquiátrica brasileira, necessário para o credenciamento junto ao MS para atuar como CAPS AD.

As intervenções no tratamento do crack e outras drogas deverão levar em consideração os problemas familiares, psicológicos e físicos decorrentes do uso das drogas. Somente quando o paciente apresentar problemas psíquicos graves e não tiver um suporte familiar e social, a internação (na rede hospitalar) poderá ser recomendada, mas com posterior continuidade nos CAPS AD.

Como os pacientes usuários de crack apresentam algumas peculiaridades em seu quadro clínico, além das complicações neurológicas, os danos físicos e psíquicos e as comorbidades, os prejuízos cognitivos podem interferir tanto na adesão ao tratamento como na elaboração de estratégias de enfrentamento de situações de risco (Cruz et al, 2011). Neste sentido, o papel dos psicólogos na rede de assistência, em especial, inseridos no CAPS AD, é fundamental para fazer a avaliação cognitiva do paciente (através de testes psicológicos) (Argimon, 2010a). Suas intervenções terapêuticas, através de técnicas, de acordo com a abordagem psicoterápica utilizada pelos mesmos, poderão contribuir no planejamento do tratamento e no desenvolvimento de atividades grupais que o ajudem a modificar seu comportamento e autoestima para transformar sua realidade do paciente.

Dentre as limitações deste estudo salientamos que não foram pesquisadas as abordagens terapêuticas desenvolvidas pelos outros profissionais de saúde que compõe as equipes dos CAPS AD estudados nem a aplicabilidade da avaliação cognitiva a ser realizada por

psicólogos em usuários de crack. Evidenciamos a impossibilidade de amplas generalizações dos resultados ao tratamento específico do paciente usuário de crack pelo fato de não haverem ações específicas dirigidas a este tipo de clientela (que era o objetivo inicial desta pesquisa).

A partir dos resultados da pesquisa e frente às limitações verificadas no presente estudo, apresentamos algumas recomendações como novas pesquisas na área da dependência com relação às abordagens terapêuticas dos demais profissionais de saúde que compõe as equipes dos CAPS AD e do trabalho de rede na área da dependência de drogas. Sugerimos também a realização de pesquisas nos CAPS que não estão cadastrados como CAPS AD, mas que atendem usuários de drogas em municípios menores (em termos habitacionais). Outra seria da aplicabilidade prática das ações imediatas e estruturantes do Plano de Enfrentamento ao crack e outras drogas, instituído pelo governo federal.

## 2.7. Referências

- Associação Brasileira de Psiquiatria (2010). ABP. Acessado em 23 de novembro de 2010, de <http://www.abpbrasil.org.br/#>
- Andrade, T. M. R. & Argimon, I. I. L. (2006). Sintomas depressivos e o uso de substâncias psicoativas durante a vida em adolescentes. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva*. 2(1), 95-104. Acessado em 22 de março de 2011, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872006000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000100010&lng=pt&nrm=iso)
- American Psychological Association (2006). Manual de Estilo da APA: regras básicas. American Psychological Association. Porto Alegre: Artmed. 272 p.
- Argimon, I.I.L. (2010a). Diretrizes para a terapia cognitivo-comportamental no tratamento da dependência química. In: A. Gigliotti e A. Guimarães (org.): *Diretrizes Gerais para Tratamento da Dependência Química*. 129-138. Rio de Janeiro: Rubio. 129-138.
- Argimon, I.I.L. (2010b) Avaliação cognitiva no tratamento da dependência química. XXII Curso de Inverno de Atualização em Dependência Química. FIPAD - Hospital Mãe de Deus. Porto Alegre. Acessado em 22 de janeiro de 2011, de [http://www.Documentos\\_UDQ\\_Avaliação\\_Cognitiva.pdf](http://www.Documentos_UDQ_Avaliação_Cognitiva.pdf)
- Bardin, L. (2006) *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed. Setenta.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS (2003). *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e*

*outras Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde. Acessado em 24 de maio de 2010, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS (2004a). *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde*. 2ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde. Acessado em 24 de maio de 2010, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/A%20politica.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004b). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Acessado em 25 de abril de 2001, de [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/SM\\_Sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde (2004c) *Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004*. Série E. Legislação de Saúde Brasília – DF. Acessado em 23 de maio de 2010, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Legislacao.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde (2007b). *Legislação em Saúde Mental 2004 – 2007*. Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Acessado em 23 de maio de 2010, de [www.funasa.gov.br/Web%20Funasa/vigisus/.../Legislacao2004\\_2007.pdf](http://www.funasa.gov.br/Web%20Funasa/vigisus/.../Legislacao2004_2007.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (2010). *Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde. Texto preliminar destinado à consulta pública*. Brasília.: Ministério da Saúde Acessado em 12 de novembro de 2011, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abordagemus.pdf>

Carlini, E. A., Galduróz, J. C., Noto, A. R., Carlini, C. M., Nappo, S. A., *et al* (2007). II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. São Paulo: *Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas*, Universidade Federal de São Paulo. Acessado em abril de 2012, de <http://200.144.91.102/sitenovo/conteudo.aspx?cd=644>

Castaño G.A. (2000). Cocainas fumables em Latinoamérica. *Adicciones*, 12(4), 541-550. Acessado em 24 de maio de 2011, de <http://www.adicciones.es/files/castano.pdf>

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações em Drogas. Acessado em 22 de maio de 2011, de <http://200.144.91.102/sitenovo/conteudo.aspx?cd=644>

CND - Commission on Narcotic Drugs. United Nation (2009). *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, CNC. United Nations, Vienna. Acessado em 24 de abril de 2010, de

[www.auswaertigesamt.de/cae/servlet/contentblob/384112/publicationFile/4337/DrogenPolErklaerung.pdf](http://www.auswaertigesamt.de/cae/servlet/contentblob/384112/publicationFile/4337/DrogenPolErklaerung.pdf)

CFP – Conselho Federal de Psicologia (2011). Drogas – usuário precisa de cuidado, atenção e dignidade. *Jornal do Federal*. 23(102), 04-07. Brasília.

CRP RS – Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul (2008). Drogas: uma questão de saúde. *Entrelinhas*, 9(44), 12-15. Porto Alegre.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (2010). Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo. *Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo*, São Paulo, 104 p. Acessado em 22 de novembro de 2010, de

[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/avaliacao\\_dos\\_centros\\_atencao\\_psicossocial\\_caps\\_estado\\_sao\\_paulo\\_2010.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/avaliacao_dos_centros_atencao_psicossocial_caps_estado_sao_paulo_2010.pdf)

Conceição, M. I. G. e Oliveira, M. C. S. (2011) Legislações e Políticas para a criança e o Adolescente e a Política Nacional sobre Drogas. In: SENAD. *Prevenção ao uso indevido de drogas. Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias*. Brasília: SENAD, 283-289.

Creswell, J. (2007) *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed, 126 p.

Crives, M. N. dos S. e Dimenstein, M. (2003). Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um Programa Público. *Saúde e Sociedade*, 12(2), 26-37. Acessado em agosto de 2011, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902003000200004>

Cruz, M. S., Vargens, R. W. & Ramôa, M. L. (2011). Crack, uma abordagem multidisciplinar. In: SENAD. *Prevenção ao uso indevido de drogas. Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias*. Brasília: SENAD, 194-214.

Cunha, P. J., Nicastri, S., Gomes, L. P., Moino, R. M., Peluso, M. A. (2004). Alterações neuropsicológicas em dependentes de cocaína/crack internados: dados preliminares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, 26(2), 103-106. Acessado em junho de 2010, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000200007>

De Boni, R. e Kessler, F. (2011). Tratamento. In: SENAD. *Prevenção ao uso indevido de drogas. Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias*. Brasília: SENAD, 175-191.

Duailibi, L. B., Ribeiro, M. & Laranjeira, R. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24Sup(4), S545-S557. Acessado em 22 de junho de 2011, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001600007>

- Duarte, P.C.A.V. e Dalbosco, C. (2011). A Política e a Legislação Brasileira sobre Drogas. In: SENAD. *Prevenção ao uso indevido de drogas. Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias*. Brasília: SENAD, 217-236.
- Falck, R.S., Wang, J. e Carlson, R.G. (2008). Among long-term crack smokers, who avoids and who succumbs to cocaine addiction? *Drug and Alcohol Dependence*. 98(1-2), 24-29. Acessado em 23 de junho de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2564618/>
- Figueiredo, V. V. e Rodrigues, M. M. P. (2004). Atuação do Psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo. *Psicologia em Estudo*, 9(2), 173-181. Acessado em setembro de 2011, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722004000200004>
- Guimarães, C. F., Santos, D. V. V., Freitas, R. C., Araujo, R. B. (2008). Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 30 (2), 101-108. Acessado em agosto de 2011, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082008000300005>
- Hasin, D.S., Stinson, F.S., Ogburn, E., Grant, B.F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 64(5), 566-576. Acessado em 16 de maio de 2011, de <http://dionysus.psych.wisc.edu/Lit/Articles/HasinD2007a.pdf>
- Herrero, M.J., Domingo-Salvany, A., Torrens, M., Brugal, M. T., Gómez, R .B., Fuente, L. et al. (2008). Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. *Addiction*. 103(2), 284-293. Acessado em 24 de junho de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18199307>
- Horta, R. L., Horta, B. L., Rosset, A.P., Horta, C. L. (2011). Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, 27 (11). 2263-2270. Acessado em 24 de junho de 2012, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001100019>.
- Kantorski, L.P., Jardim, V.M.R., Wetzell, C., Olschowsky, A., Schneider, J.F., Resmini, F., Heck, R. M., Bielemann, L.M., Schwartz, E., Coimbra, V.C.C., Lange, C., Sousa, A.S.S. (2009). Contribuições do Estudo de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), 01-09. Acessado em 23 de abril de 2011, de [http://www.cbsm.org.br/artigos/artigos/20\\_Luciane\\_Kantorski.pdf](http://www.cbsm.org.br/artigos/artigos/20_Luciane_Kantorski.pdf)

- Kaminer, Y. e Szobot, C. (2004). O Tratamento de Adolescentes com Transtornos por Uso de Substâncias Psicoativas. In: Pinsky, L. & Bessa, M.A. *Adolescência e Drogas*. São Paulo: Contexto, 2004, p.164-178.
- Kessler, F. e Pechansky, F. (2008) Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, 30(2), 96-98. Acessado em 12 de março de 2011, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082008000300003>
- Kolling, N.M., Petry, M., Vieira, W. (2011). Outras abordagens no tratamento da dependência do crack. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 7(1), 07-14. Acessado em 07 de junho de 2012, de [http://www.rbtc.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=134](http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=134)
- Kopetz, C. E., Reynolds, E. K., Hart, C. L., Kruglanski, A. W., Lejuez, C. W. (2010). Social Context and Perceived Effects of Drugs on Sexual Behavior Among Individuals Who Use Both Heroin and Cocaine. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. American Psychological Association, 18(3), 214–220. Acessado em 19 de fevereiro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3198869/?tool=pubmed>
- Laranjeira, R., Oliveira, R. A., Nobre, M. R. C., Bernardo, W. M. (2003). Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. São Paulo: *Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira*.
- Laranjeira, R. (2010) *Política do tratamento do Crack*. Instituto Nacional de Políticas do Álcool e Drogas. São Paulo. Acessado em 22 de maio de 2011, de <http://www.slideshare.net/Cesarpps23/politica-do-tratamento-do-crack-dr-ronaldo>
- Leite, M. C. (1999) *Aspectos básicos do tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas*. Brasília: SENAD. 26 p. Acessado em 22 e maio de 2010, de [http://www.adolesc.br/bvs/adolesc/P/pdf/pdf\\_zip%20drive/tratamento.pdf](http://www.adolesc.br/bvs/adolesc/P/pdf/pdf_zip%20drive/tratamento.pdf)
- Mckenna, H. (2000) *Nurging theories and models*. New York: Routledge.
- Minayo, M.C.S. (1994) *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO.
- Moraes, M. M. (2005). O modelo de atenção à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Dissertação de Mestrado*. Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife; 2005. 151 p. Acessado em junho de 2010, de <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2005moraes-mm.pdf>
- Nappo, S. A., Sanches, Z. V. M., Oliveira, L. G. O., Santos, A. S., Coradete Jr ,J., *et al* (2004). Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS. São Paulo: CEBRID, 125 p. Acessado em 02 de dezembro de 2010, de

[http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados\\_Estatisticos/pop\\_e\\_especificas/327678.pdf](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados_Estatisticos/pop_e_especificas/327678.pdf)

NIDA - National Institute on Drug Abuse. (2009) *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide*. 2ª Edition. Baltimore: NIDA/NIH. Acessado em 12 de abril de 2011, de [http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat\\_0.pdf](http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_0.pdf)

Nuijten, P., Blanken, P., Brink., W.V.D. & Hendriks, V. (2011). Cocaine Addiction Treatments to improve Control and reduce Harm (CATCH): New Pharmacological Treatment Options for Crack-Cocaine Dependence in the Netherlands. *BMC Psychiatry*, 11(135) 01-09. Acessado em 12 de fevereiro de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3175153/pdf/1471-244X-11-135.pdf?tool=pmcentrez>

Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas (2010). Acessado em maio de 2011, de <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>

Oliveira, L. G. e Nappo, A. S. (2008a). Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(6), 212-218. Acessado em 15 de abril de 2011, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000600002>

Oliveira, L. G. de & Nappo, S.A. (2008b). Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*, 42(4), 664-671. Acessado em 22 de junho de 2010, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000039>

Oliveira, I. B. S. (2007). Tecendo saberes: fenomenologia do tratamento da dependência química. *Dissertação de Mestrado*. Programa de pós-graduação em Psicologia Social da Universidade Federal do Pará. Belém. 110p. Acessado em 22 de junho de 2011, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v16n1/v16n1a16.pdf>

Rangé, B. P. & Marlatt, A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (II), 588-594. Acessado em 11 de junho de 2010, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000600006>

Rezende, M. M. (2000). Modelos de análise do uso de drogas e de intervenção terapêutica: algumas considerações. *Revista de Biociência*, 6(1), 49-55. Acessado em 11 de outubro de 2010, de <http://periodicos.unitau.br/ojs2.2/index.php/biociencias/article/view/30/13>

Ribeiro, M. e Laranjeira, R. (2010). *O Tratamento do usuário de crack*. Artmed. Porto Alegre, 664 p.

Rodrigues, V.S., Caminha, R. M., Horta, R. L. (2006). Déficits cognitivos em pacientes usuários de crack. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva*, 2(1). 67-72. Acessado em 20 de maio de 2011, de

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872006000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000100007&lng=pt&nrm=iso)

Sandí, L. E. & Díaz, A. (1998). Características funcionales y de consumo en adolescentes consumidores de drogas. *Acta Pediátrica Costarricense*, 12(1), 41-46. Acessado em 11 de junho de 2011, de [www.bireme.com.br](http://www.bireme.com.br)

Santos, M. A. (2007). Psicoterapia Psicanalítica: aplicações no tratamento de pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. *SMAD. Revista Eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas*. Ribeirão Preto, 3(01), 01-15. Acessado em 23 de Junho de 2011, de [http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762007000100006&lng=pt&nrm=iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762007000100006&lng=pt&nrm=iso)

SENAD (2010). *Glossário de álcool e drogas* (J. M. Bertolote, Trad.e notas). Brasília: SENAD. (Original publicado em 1994). Lexicon of Alcohol and Drug Terms. World Health Organization. Acessado em 16 de maio de 2011, de

[.http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/327615.pdf](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/327615.pdf)

Silva, C. J. & Serra, A. M. (2004). Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. *Revista Brasileira de Psiquiatria (Supl I)* 26(1), 33-39. Acessado em 24 de junho de 2011, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000500009>

Scheffer, M., Pasa, G. G. & Almeida, R. M. M. (2010). Dependência de Álcool, Cocaína e Crack e Transtornos Psiquiátricos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 26 (3), 533-541. Acessado em junho de 2011, de <http://www.revistaptp.unb.br/index.php/ptp/article/view/523>

Schneider, D. R., Sporh, B., Leitão, C., Accorsi, M., Sacatamburlo, N. (2004). Relatório Final: Caracterização dos Serviços de Atenção à Dependência Química da Região da Grande Florianópolis. *UFSC*. 1-68. Acessado em 22 de maio de 2011, de [psiclin.ufsc.br/files/2010/05/pesquisa-1.pdf](http://psiclin.ufsc.br/files/2010/05/pesquisa-1.pdf)

SENAD (2010). *Glossário de álcool e drogas* (J. M. Bertolote, Trad.e notas). Brasília: SENAD. (Original publicado em 1994). Lexicon of Alcohol and Drug Terms. World Health Organization. Acessado em 16 de maio de 2011, de

[.http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/327615.pdf](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/327615.pdf)

Silva, C. J. & Serra, A. M. (2004). Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), 33-39. Acessado em junho de 2010, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000500009>

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime (2010). *World Drug Report 2010*. Geneve: UNODC. Acessado em 11 de março de 2011, de

[http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2010/World\\_Drug\\_Report\\_2010\\_lo-res.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/World_Drug_Report_2010_lo-res.pdf)

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

A presente dissertação de mestrado em Psicologia Clínica, desenvolvida através de uma pesquisa qualitativa descritiva buscou refletir sobre a problemática das drogas, em especial, o crack e como está sendo trabalhado nos CAPS AD dos municípios da região metropolitana de Porto Alegre/RS, pertencentes à 1ª CRS/SES/RS. E, para entendermos a complexidade que envolve esta temática, buscamos conhecer a formação das Políticas Públicas para a prevenção, tratamento e reinserção social dos usuários de drogas na realidade brasileira, através do processo histórico da legislação.

Neste sentido, no primeiro artigo, através da revisão teórica apresentada, procuramos conhecer a construção das políticas públicas voltadas para a temática do crack e outras drogas. Muitas leis, através da SENAD, foram instituídas até que o Brasil instaurasse uma Política Nacional sobre Drogas. No MS também foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Durante muito tempo estas política do MS para a atenção de drogas parecia andar em paralelo com as políticas brasileiras sobre drogas, ou seja, não havia uma integralidade, com princípios e diretrizes divergentes com relação ao dependente. Sabemos que a integralidade nas políticas públicas é uma construção, mas o excesso de leis e de revogação destas e a constante mudança dos órgãos dificulta o andamento do processo de combate às drogas e da atenção ao usuário de drogas.

Podemos afirmar que durante muito tempo, os posicionamentos políticos visavam à proibição das drogas sem a preocupação do entendimento das causas do consumo e da dependência e as consequências à saúde decorrentes do uso destas. Prevaleciam esforços em torno da redução da oferta e demanda de drogas e intervenções que buscavam a repressão e criminalização da produção, tráfico, porte e consumo de drogas ilícitas. Já nas Políticas com base nos programas de RD, as intervenções buscam minimizar os danos à saúde, levando em consideração os agravos e as questões sociais e econômicas relacionadas ao consumo da droga (Sampaio, 2009).

Buscando na prática, as intervenções realizadas nos CAPS AD, em especial dos psicólogos e as intervenções no tratamento do dependente de crack e outras drogas, vimos que

os mesmos não desenvolvem ações diferenciadas aos diversos tipos de drogas. As intervenções terapêuticas para os usuários de crack são as mesmas. Comparado às outras drogas lícitas e ilícitas, algumas diferenciações referidas pelos participantes, no quadro do dependente de crack, foram as dificuldades de cognição, a maior reincidência de recaídas, as comorbidades associadas, os laços rompidos com a família, o uso de outras drogas e os riscos em casos de depressão grave. Supomos que os usuários dependentes de crack com vulnerabilidade social possam não chegar aos CAPS AD, até mesmo pelos laços sociais rompidos, de acordo com a pesquisa de Horta et al (2011), pois grandes quantidades de fumo de pedras são feitas com outros usuários em locais específicos. Para tanto, PSF, os CR são uma ótima estratégia de intervenção. O trabalho de Rede, preconizado pela legislação deve ser implementado efetivamente, com ações de prevenção, tratamento e reinserção social.

Vimos também que estes serviços de saúde têm buscado desenvolver suas atividades, tentando superar muitas dificuldades. Além da necessidade de capacitação sobre DQ, os processos e condições de trabalho foram apontados como entraves no dia a dia dos trabalhadores de saúde dos CAPS AD. Alguns resultados encontrados, entre eles, dificuldades financeiras, de infraestrutura, humanos e materiais se aproximam das pesquisas consultadas, como por exemplo, a de Kantorski et al. (2009).

Atualmente, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, traz algumas propostas imediatas, mas este deverá ser efetivado de modo que os trabalhadores de saúde possam ser parte integrante, como um espaço de discussão efetiva e que as experiências exitosas possam ser multiplicadas.

Quanto à realização da pesquisa, muitas foram às dificuldades a serem superadas durante o percurso. Uma delas foi que o projeto da dissertação teve que passar por quatro CEPs. Em cada um deles foi necessário realizar uma adaptação e uma adequação das normas exigidas em projetos de pesquisa específicas para cada instituição (projeto em si, TCLE, normas da ABNT ou APA, documento de aceitação da Coordenação de SM ou dos serviços de saúde). Em dois CAPS AD foi necessário passar por dois Comitês. Entre o contato inicial com os Coordenadores de SM e o início da coleta houve um espaço de tempo significativo, já que a entrada no serviço dependia da aprovação. Esse processo se estendeu durante um longo tempo.

A entrada em alguns CAPS AD também foi tensa devido à demora no retorno de alguns Coordenadores de SM para a aceitação que a pesquisa fosse realizada. Em um deles houve a necessidade de intervenção da Coordenação de outros serviços, vinculados indiretamente, pelo fato de muitas pesquisas estarem em andamento no serviço. Além disso, a agenda de

trabalho superlotada das psicólogas também foi outro fator que chamou a atenção que dificultava o agendamento da entrevista (até mesmo a troca de horário). A preocupação destas profissionais em vencer a agenda de trabalho foi constante tanto para o atendimento dos pacientes como para a Coordenação. O anonimato foi outro ponto sugerido por alguns participantes, após lerem o projeto da pesquisa. Em função disso, alguns dados do perfil da instituição CAPS AD e participantes foram suprimidos para que não propiciasse a identificação dos mesmos.

Concluindo, há necessidade de ações mais resolutivas no combate e no enfrentamento do uso abusivo de drogas, visando uma atenção integral aos usuários. A complexa dimensão envolvendo a questão das drogas deve ser amplamente discutida pela sociedade brasileira, na consolidação de uma política e uma legislação que integre os diversos órgãos, com os mesmos princípios e diretrizes a fim de possibilitar ao usuário, o cuidado de que necessita sem ser reduzido a rótulos (infrator ou doente). O direito à saúde como um direito fundamental está garantido na Constituição Federal de 1988.

.

## 4 ANEXOS

### 4.1 Anexo A - Roteiro da entrevista

#### Identificação do CAPS AD:

- Nome do CAPS AD: \_\_\_\_\_
- Município: \_\_\_\_\_
- Tempo de funcionamento: \_\_\_\_\_
- Equipe do CAPS AD: \_\_\_\_\_
- Data: \_\_\_\_\_

#### Dados sócio-demográficos:

1. Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Carga horária semanal de trabalho: \_\_\_\_\_
2. Tempo de:
  - formado: \_\_\_\_\_
  - em CAPS AD e nesse CAPS AD: \_\_\_\_\_
  - tipo de vínculo empregatício: \_\_\_\_\_
  - experiência com dependente químico: \_\_\_\_\_
  - experiência com pacientes usuários de crack: \_\_\_\_\_
3. Possui curso de Pós-graduação? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

#### Capacitações:

4. Capacitações, inclusive sobre o crack que você recebeu nos últimos 02 anos? (Nome, entidade patrocinadora, carga horária): \_\_\_\_\_

E que capacitações você gostaria de receber? \_\_\_\_\_

5. Número de atendimentos semanais com pacientes usuários de crack: individual
  - em grupo:

Baseado nas suas experiências de trabalho em CAPS AD com pacientes usuários de crack, responda:

**Intervenção do Profissional de Psicologia:**

1. Como é a busca de atendimento pelo paciente usuário de crack (encaminhamento, livre escolha, trazido por familiares, etc.)? A partir desta busca, como é o acolhimento?
2. Qual (is) a(s) abordagens psicoterapêuticas que você utilizada no atendimento do paciente usuário de crack no CAPS AD? Fale sobre elas. Quais são os referenciais teóricos que utiliza nestas abordagens?

**Intervenção Instituição CAPS AD:**

3. Quais são as ações direcionadas especificamente para o problema do crack que o CAPS AD vem desenvolvendo? O que você pensa delas?
4. Como os CAPS AD 24 horas podem contribuir no atendimento dos pacientes usuários de crack?

**Dificuldades:**

5. Como você lida com as recaídas dos pacientes em tratamento?
6. Quais as dificuldades encontradas pela equipe dos CAPS AD no tratamento de pacientes usuários de crack? Fale sobre elas.

**Desafios:**

7. Na sua opinião quais são os desafios no tratamento de pacientes usuários de crack?
8. O que você pensa sobre a Redução de danos no caso de pacientes usuários de crack?
9. É realizada a reinserção social do paciente usuário de crack em tratamento no CAPS AD? Como é esta feita?
10. O que você conhece e o que pensa do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas?
11. Que sugestões e/ou recomendações pode dar para fortalecer a estratégia do SUS no enfrentamento do problema do crack?