saúde EM DEBATE
37 anos 1976 - 2013
cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

saúde EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Rio de Janeiro • v. 37, n. especial • dezembro 2013

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2013–2015)
NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2013–2015)

Presidente:	Ana Maria Costa
Vice–Presidente:	Isabela Soares Santos
Diretora Administrativa:	Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Editor de Política Editorial:	Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Diretores Executivos:	Liz Duque Magno
	Maria Gabriela Monteiro
	Maria Lucia Frizon Rizzotto
	Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
	Tiago Lopes Coelho
Diretores Ad–hoc:	Grazielle Custódio David
	Heleno Rodrigues Corrêa Filho
	Lucia Regina Fiorentino Souto
	Pedro Paulo Freire Piani

CONSELHO FISCAL • *FISCAL COUNCIL*

Aparecida Isabel Bressan
Yuri Zago Sousa Santana de Paula
David Soeiro Barbosa

CONSELHO CONSULTIVO • *ADVISORY COUNCIL*

Albineiar Plaza Pinto
Ary Carvalho de Miranda
Carlos Octávio Ocké Reis
Cornelis Johannes Van Stralen
Eleonor Minho Conill
Gastão Wagner de Souza Campos
Iris da Conceição
Jairnilson Silva Paim
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Ligia Giovanella
Maria Edna Bezerra da Silva
Nelson Rodrigues dos Santos
Pedro Silveira Carneiro

SECRETARIA • *SECRETARIES*

Secretária Geral:	Cristina Maria Vieira de Almeida Santos
Pesquisador:	Ludmilla Torraca de Castro

SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde Em Debate é uma publicação editada pelo
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITOR CIENTÍFICO • *SCIENTIFIC EDITOR*

Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ)
Maria Lucia Frizon Rizzoto (SC)

CONSELHO EDITORIAL • *PUBLISHING COUNCIL*

Alicia Stolkiner – Universidade de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez – Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte – Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Catalina Eibenschutz – Universidade Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México
Cornelis Johannes Van Stralen – Unversidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Diana Mauri – Universidade de Milão, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropologia Social, Mexico (DF), México
Eduardo Maia Freese de Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Giovanni Berlinguer – Università La Sapienza, Roma, Itália
Hugo Spinelli – Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
José Carlos Braga – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Miguel Márquez – Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Havana, Cuba
Paulo Marchiori Buss – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamis Dain – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

SECRETARIA EDITORIAL • *EDITORIAL SECRETARY*

Frederico Tomás Azevedo

INDEXAÇÃO • *INDEXATION*

Literatura Latino–americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe – HISA
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal – LATINDEX
Scientific Electronic Library - SciELO
Sumários de Revistas Brasileiras – SUMÁRIOS

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos
21040–361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Tel.: (21) 3882–9140 | 3882–9141

A Revista Saúde em Debate é associada à Associação Brasileira

Apoio

Ministério da Saúde
GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA
Ministério da Saúde FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA ENSP

saúde EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Rio de Janeiro • v. 37, n. especial • dezembro 2013

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

6 EDITORIAL • *EDITORIAL*

8 APRESENTAÇÃO • *PRESENTATION*

12 **Revisão sistemática sobre crack: aspectos relacionados ao uso e abuso**
Crack's systematic review: aspects related to the use and abuse
Daniele Farina Zanotto, Fatima Büchele

21 **Principais desafios na construção de uma política integrada sobre drogas: descrição da experiência na cidade do Recife/PE**
Main challenges in the construction of an integrated policy on drugs: description of experience in Recife/PE
Alda Roberta Campos, Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque, Renata Barreto de Almeida, Serginaldo José dos Santos

32 **Crack e internação compulsória no Brasil: intervenção do estado na autonomia dos usuários**
Crack Cocaine and involuntary hospitalization in Brazil: state intervention in users' autonomy
Carla Eloá de Oliveira Ferraz, Saulo Sacramento Meira, Karla Ferraz dos Anjos, Edite Lago da Silva Sena, Alba Benemérita Alves Vilela, Sérgio Donha Yarid

39 **Saúde mental, drogas e direitos humanos: por intervenções cidadãs aos usuários de drogas em contexto de internação compulsória**
Mental health, drug and human rights: By citizens interventions for drug users in the context of compulsories internments
Marco José de Oliveira Duarte

49 **Crack, a pedra lançada no SUS: desafios para uma atenção necessária**
Crack, the stone thrown in the SUS (Unified Health System): challenges for attention required
Renata Barreto de Almeida, Marcus Túlio Caldas, Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque, Alda Roberta Campos

61 **Atenção Primária e dependência química: contribuições do matriciamento em saúde mental**
Primary Health Care and chemical dependency: contributions of specialist orientation in Mental Health
Ana Carolina da Costa Araujo

70 **Escola de Redutores de Danos: experiência de formação na perspectiva da saúde coletiva**
School of Harm Reduction: educational process experience from the perspective of collective health
Heloisa Veiga Coelho, Cássia Baldini Soares

82 **Oficinas terapêuticas do Centro de Atenção Psicossocial II do município de Montes Claros: percepções de usuários e seus familiares**
Therapeutic workshops of the Centro de Atenção Psicossocial II from Montes Claros municipality: perceptions from users and their families
Francielle Batista Veloso, Aparecida Rosângela Silveira, Fabrícia Vieira de Matos, Marielle Alves Silveira, Raquel Aparecida Gomes Lopes , Márcia de F. Ribeiro, Letícia Marques Pinheiro

92 **Percepção dos usuários de crack e seus familiares quanto ao acesso e serviços oferecidos em hospitais gerais**
Perception of crack users' and their family members regarding the access and services offered at general hospitals
Jactiane Anzanello, Miriam Thais Guterres Dias, Bernadete Dalmolin, Jaqueline da Rosa Monteiro, Antonio Bolis Oliveira Neto

103 **Concepção dos familiares de usuários de crack acerca das políticas públicas antidrogas**
Perception of the families of crack users about anti-drugs public policies
Vanessa Vieira França, Priscila Santos Alves, Natália de Carvalho Lefosse Valgueiro, Iracema da Silva Frazão

110 **A rede assistencial sobre drogas segundo seus próprios atores**
The network care about drugs by its own actors
Pedro Henrique Antunes da Costa, Tamires Jordão Laport, Daniela Cristina Belchior Mota, Telmo Mota Ronzani

122 **A internação de usuários de álcool e outras drogas em hospital geral**
The hospitalization of users of alcohol and other drugs in the general hospital
Sirlei Favero Cetolin, Clarete Trzcinski, Ana Cristina Weber Marchi

130 **Fatores que interferem no êxito do tratamento de usuários de crack**
Factors affecting the success of the treatment of users of crack
Adrielle Rodrigues dos Santos, Ana Luisa Antunes Gonçalves Guerra, Selene Cordeiro Vasconcelos, Iracema da Silva Frazão

137 **Recaídas na drogadição: uma via para (re)pensar a atenção à saúde**
Relapses in drug addiction: a way to (re)think health attention
Edna Linhares Garcia, Dulce Grasel Zacharias, Bruna Rocha de Araújo

147 **Fatores de risco e proteção para o consumo de drogas: conhecimento de estudantes de uma escola pública**
Risk factors and protection against drug use: knowledge of public school students
Lorena Silveira Cardoso, Marcos Vinicius Ferreira dos Santos, Cíntia Lepaus Thomas, Marluce Miguel de Siqueira

158 **Vicissitudes do trabalho de grupo entre profissionais de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas**
Vicissitudes in group work among health professionals of the Psychosocial Care Centers - Alcohol and Drugs
Elem Guimaraes dos Santos, Marluce Miguel de Siqueira

171 **Tratamento e reabilitação de usuários de CAPS-AD na perspectiva dos profissionais do serviço**
Treatment and rehabilitation of CAPS-AD's users from the perspective of its professionals
Olívia Egger de Souza, Ana Paula Dalchiavon Zeni, Marina Mantesso, Thaíse Federizzi, Alice Hirdes

185 **Discursos e representações sobre o uso/abuso do álcool: um estudo da comunidade indígena**
Speeches and representations about the use / abuse of alcohol: a study in the indigenous community
Juliana Rízia Félix de Melo, Silvana Carneiro Maciel, Patrícia Fonseca de Sousa, Giselli Lucy Souza e Silva, Katruccy Tenório Medeiros, Rita de Cássia Cordeiro de Oliveira

194 **Uso de substâncias psicoativas ilícitas por estudantes de pedagogia de uma universidade pública**
Use of illicit drugs by students of a public university of pedagogy
Marcos Vinícius Ferreira dos Santos; Rafaely Rebuli Procopio; Flávia Batista Portugal; Marluce Miguel de Siqueira

Editorial

Chegamos ao 37º ano da revista *Saúde em Debate* reafirmando a satisfação de nossa participação na Scientific Electronic Library Online (SciELO) e o inquestionável valor que a revista vem merecendo nos últimos anos, o que pode ser constatado pelo visível crescimento do número de artigos submetidos à nossa página eletrônica (www.saudeemdebate.org.br). Este número, especialmente dedicado ao debate sobre a política nacional e as formas de tratamento e cuidado no âmbito da dependência química, é resultado de uma proposta conjunta do CEBES e da Fundação Oswaldo Cruz.

O aumento, ao menos da visibilidade, da utilização do crack no país tem produzido uma série de respostas, a maioria delas em condições de pouca reflexão e de pouca base nas experiências acumuladas no país, tanto nos aspectos da Atenção Psicossocial quanto da Redução de Danos. A maioria dos municípios passou a clamar por internação compulsória dos "drogados", fazendo crer que a questão da dependência química é de abstinência forçada, de ordem pública, de polícia e de repressão. Na verdade, tais medidas escondem propostas conservadoras e retrógradas no que diz respeito aos avanços alcançados e construídos pela sociedade brasileira desde a aprovação da Constituição Cidadã, de 1988. Por trás dos clamores de sequestro e violação dos direitos humanos existe um projeto de rejeição das liberdades democráticas e dos direitos de cidadania, além de muitos outros interesses que apareceram com o objetivo de tirar partido da política antidrogas (igrejas, imobiliárias, construtoras, clínicas privadas e tantos outros).

Este número vem contribuir para o debate, oferecendo uma série de artigos de pesquisa, revisão e ensaios que demonstram o amadurecimento desse campo, talvez pouco considerado pelos formuladores de políticas, que insistem em lançar mão de estratégias de intervenção invasivas e ineficazes, que atendem a interesses de segmentos específicos e não aos dos usuários e de suas famílias.

A chamada para este número foi tão bem sucedida – o que reflete não apenas a importância que a Saúde em Debate merece, conforme anunciamos acima, mas também, e certamente, o peso que o tema recebe, atualmente, no país – que centenas de artigos foram submetidos à avaliação. Impossibilitados de publicar todos de uma só vez, nos comprometemos a publicá-los nos números seguintes, na medida em que forem sendo aprovados por nossos revisores do tema.

Esperamos que os leitores de *Saúde em Debate* façam bom proveito dos artigos aqui publicados, baseando-se neles para instrumentalizarem-se, ainda mais, na construção de novas práticas e argumentos com vistas a um cenário de solidariedade e respeito pelos direitos humanos no âmbito do SUS. Esses são os princípios da Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos, da qual o CEBES faz parte.

Boa leitura!

Paulo Amarante
Editor Científico

Editorial

We have reached the 37th year of the Health Debate journal reaffirming the satisfaction of our participation in the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and the unquestionable value that the magazine has been deserving in recent years, which may be evidenced by the visible growth of the number of articles submitted to our webpage (www.saudeemdebate.org.br). This number, especially dedicated to the discussion of national policy and the forms of treatment and care in the field of chemical dependency, is the result of a combined proposal between CEBES and the Oswaldo Cruz Foundation.

The increase – of visibility at least – of the use of crack cocaine in the country has produced a number of responses, most of them in little reflection and little basis on gathered experience in the country, both in aspects of Psychosocial Care and Harm Reduction. Most municipalities began to clamor for compulsory admission of "junkies", making us believe that the issue of chemical addiction comes from forced abstinence, of public order, police and prosecution. Indeed, such measures conceal conservative and reactionary proposals with regard to the progress made and built by Brazilian society since the adoption of the Citizen Constitution of 1988. Behind the claims of kidnapping and violation of human rights exists a project of rejection of democratic freedoms and citizenship rights, and many other interests that appeared in order to take advantage of drug policy (churches, real estate, construction, private clinics and many others).

This number comes to contribute to the debate by offering a series of research articles, review and tests that demonstrate the maturation of this field, perhaps disregarded by policymakers who insist on resorting to invasive intervention strategies and ineffective, that meet interests to specific segments and not to users and their families.

The call to this number was so successful - which reflects not only the importance that *Saúde em Debate* deserves, as announced above, but also, and indeed, the weight that the subject receives currently in the country - that hundreds of articles have been submitted to evaluation. Unable to publish all at once, we commit to publish them in the next numbers, in that they are approved by our revisers of theme.

We hope that readers of *Saúde em Debate* make good use of the articles posted here, relying on them to have even more instruments for the construction of new practices and arguments with a view to a scenario of solidarity and respect for human rights within the SUS. These are the principles of the National Drugs and Human Rights Front, of which CEBES is a member.

Good reading!

Paulo Amarante
Scientific Editor

Apresentação

Crack! Este foi o termo mais utilizado pela mídia nos últimos tempos. De uma hora para a outra, o crack foi considerado como a causa de todos os males, de todas as formas de violência e miséria social, de todas as precariedades e falências das políticas públicas.

As cenas de uso, demonizadas pela mídia como as 'cracolândias', passaram a ser sistemática e repetidamente exibidas pelos canais de TV como se fossem reality shows, produzindo a impressão de que toda a sociedade era tão somente uma grande área de consumo da droga.

Não demoraram a aparecer inúmeras igrejas ofertando milhares de vagas em instituições para tratamento moral e espiritual de drogados, instituições estas fraudulentamente autodenominadas de 'comunidades terapêuticas'. Da mesma forma, passaram a proliferar clínicas e cursos rápidos de formação de terapeutas de dependência química. Os mercados da fé e da doença se alinharam em um só propósito.

Os avanços construídos ao longo de muitos anos e duras batalhas no campo das reformas sanitária e psiquiátrica passaram a ser absolutamente ameaçados, como em um toque de mágica. O furor intervencionista, clamando por internações compulsórias plantadas pela mídia e pelos mercados construídos em torno da questão da droga, trouxe à baila outro mercado: o da especulação imobiliária sob a justificativa da necessidade de uma política antidrogas!

Na verdade, esta política vem mascarando um violento processo de higienização dos espaços urbanos, fazendo-nos atualizar as reflexões de Michel Foucault sobre o nascimento da medicina social na Alemanha e na França.

Para agravar ainda mais o quadro geral, na Câmara dos Deputados foi apresentado o projeto de lei nº 7.663/10, que propõe aumentar a criminalização e a penalização relacionadas à questão das drogas, e que, por incrível que possa parecer, determina que os estabelecimentos de ensino assumam um papel de delação de crianças e adolescentes suspeitos do uso de drogas. Enfim, o projeto de lei reforça a política de 'guerra às drogas', política esta absolutamente fracassada e, como tal, rejeitada na maioria dos países que a adotaram e que, por sua causa, tiveram agravada a situação de violência social.

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), juntamente com inúmeras outras entidades e movimentos sociais, posicionou-se fortemente contrário a tal projeto de lei, mas a iniciativa segue em frente, inclusive com a decisão do governo de apoiá-lo, inserindo-o no regime de votação de urgência.

Por outro lado, no que diz respeito ao campo assistencial direcionado para a dependência química, o investimento público é ainda muito tímido e indefinido. Enquanto a tendência oficial aponta prioritariamente para a ampliação e o financiamento das instituições religiosas, em resposta aos interesses e pressões da

bancada religiosa – predominantemente evangélica –, as experiências assistenciais moldadas sob os princípios da Atenção Psicossocial e da Redução de Danos, centrados no vínculo e na adesão do usuário, embora tenham resultados muito importantes, ainda estão em uma espécie de limbo das políticas públicas.

O presente número de *Saúde em Debate* tem como propósito trazer à tona as ricas experiências e reflexões que vêm ocorrendo no Brasil, e que demonstram que é possível construir uma política no campo da dependência química que seja fundada em outros princípios científicos, e que tenham na solidariedade, na escuta, na inclusão, na defesa dos direitos humanos e da cidadania as suas bases éticas e políticas.

Diretoria Nacional do Cebes

Presentation

Crack! This has been the most often used word by media in recent times. All of a sudden, the crack cocaine was considered as the cause of all evils, from all forms of violence and social poverty, of all precariousness and bankruptcies of public policy.

The scenes of use, demonized by media as the "cracklands" – *cracolândias* in portuguese – started being systematic and repeatedly exhibited by TV channels as if they were reality shows, producing the impression that whole society was solely a great consumption area of the drug.

With no delay, numerous churches offering thousands of places in institutions for moral and spiritual treatment of drug addicts came to appear, these fraudulent institutions self-styled of "therapeutic communities". Likewise, clinics and rapid graduation courses of therapists on chemical addiction began to proliferate. The markets of faith and disease closely aligned in one purpose.

The advances built over many years and hard battles in the field of sanitary and psychiatric reforms became absolutely threatened, as in a magic touch. The interventionist furor claiming for compulsory admissions planted by media and markets built around the drug issue, brought up another market: the speculation on the justification of the need for an anti-drug policy!

In fact, this policy has been masking a violent process of sanitization of urban spaces, making us upgrade Michel Foucault's reflections on the birth of social medicine in Germany and France.

To further aggravate the overall picture, in the House of Representatives was presented the bill No. 7.663/10, which proposes increasing criminalization and penalization related to the issue of drugs, and, incredible as it may seem, determines that the educational establishments take on a role denouncing of children and adolescents suspected of drug use. Finally, the bill strengthens the policy of 'war on drugs' – totally failed policy – and, as such, was rejected in most countries that had adopted it and that, for its sake, had the situation of social violence worsened.

The Brazilian Center for Health Studies (*Centro Brasileiro de Estudos em Saúde–Cebes*), along with several other organizations and social movements, has positioned itself strongly against such a bill. But the initiative moves forward, including the government's decision to support it by inserting it in the voting system of emergency.

On the other hand, with regard to the assistance field directed to chemical dependency, public investment is still very shy and vague. As long as the official trend primarily points to the expansion and funding of religious institutions in response to the interests and pressures of religious bench - predominantly evangelical - the care experience shaped by the principles of Psychosocial As-

sistance and Harm Reduction, centered in the bond and accession of the user, although with very relevant results, are still in a kind of limbo of public policies.

The current number of *Saúde em Debate* aims to bring out the rich experiences and reflections taking place in Brazil which demonstrate that it is possible to construct a policy in the field of chemical dependency based on other scientific principles, and have in the solidarity, on listening, inclusion, human rights and citizenship its ethical and political bases.

Board of Directors, Cebes

Revisão sistemática sobre crack: aspectos relacionados ao uso e abuso

Crack's systematic review: aspects related to the use and abuse

Daniele Farina Zanotto[1], Fatima Büchele[2]

[1] Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. danitifarina@yahoo.com.br

[2] Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. buchele@mbox1.ufsc.br .

RESUMO Trata-se de uma revisão sistemática de artigos, com o objetivo de analisar os aspectos relacionados ao uso e abuso do crack. A análise foi realizada a partir de 126 artigos e seguiu os passos propostos por Minayo (2000): ordenação, classificação dos dados e análise final. Os resultados relacionam principalmente as consequências do uso para a saúde (42,8%). Além destas, foi possível traçar o perfil do usuário (22,2%). Surgiram estudos sobre a abordagem psicológica e social (13,4%). As ligações da droga com sexo e prostituição (9,52%), crime e violência (3,17%) além das opções de tratamento utilizadas (8,73%). Esta revisão reuniu dados importantes sobre a droga Crack entre 2000- 2010.

PALAVRAS CHAVE: Cocaína Crack, Revisão, Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

ABSTRACT *This is a systematic review of articles with the aim of analyzing the aspects related to the use and abuse of crack. The analysis was performed from 126 articles and followed the steps proposed by Minayo (2000): sorting, sorting the data and final analysis. The results relate primarily to the consequences of using health (42.8%). Besides these, it was possible to trace the user's profile (22.2%). Studies appeared on the psychological and social approach (13.4%). The drug leads to sex and prostitution (9.52%), crime and violence (3.17%) in addition to the treatment options used (8.73%). This review gathered important data on the drug Crack between 2000-2010.*

KEYWORDS:*Crack cocaine, Review, Substance-Related Disorders.*

Introdução

No Brasil, o crescimento do consumo e das consequências relacionadas ao uso de crack vem ganhando repercussão em meio à sociedade, principalmente nos veículos de comunicação, devido aos problemas que gera ao usuário e ao meio social em que este é inserido.

Conceitualmente, o crack é uma forma distinta de levar a molécula de cocaína ao cérebro. Os primeiros registros de seu uso no Brasil datam da década de 90. Quando a droga é fumada, as moléculas de cocaína atingem o cérebro quase imediatamente, produzindo um efeito explosivo, descrito pelas pessoas que usam como uma sensação de prazer intenso. A droga é, então, velozmente eliminada do organismo, produzindo uma súbita interrupção da sensação de bem-estar, seguida, imediatamente, por imenso desprazer e enorme vontade de reutilizar a droga. O crack é mais barato que a cocaína pura, facilitando a produção e o acesso a ela. (BRASIL, 2011).

Considerando esse aspecto, os efeitos biológicos do consumo são rápidos e arrasadores. Suas principais consequências físicas incluem doenças pulmonares e cardíacas, sintomas digestivos e alterações na produção e captação de neurotransmissores. Além disso, existem importantes consequências sociais, como as alterações no comportamento, dificuldade de relacionamentos, violência, abandono dos estudos ou emprego, o sexo sem proteção, entre outras.

Destacando o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil realizado nas 108 maiores cidades do país, 0,7% da população adulta relatam já ter feito uso de crack pelo menos uma vez na vida, o que significa um contingente de mais de 380 mil pessoas (BRASIL, 2011).

Por se tratar de uma droga barata, de fácil acesso e que pode provocar rapidamente dependência, os danos ao indivíduo e ao meio social são ainda mais arrasadores. Sendo assim, o abuso desta substância traz consigo gastos ao sistema público de saúde e ao de segurança pública, além de gerar insatisfação da sociedade diante do fenômeno.

Além da disseminação do crack, outras drogas derivadas da cocaína, com efeitos semelhantes, vêm atingindo cidades brasileiras, tornando fundamental buscarmos novos estudos enfocando esta questão. Um exemplo disso é a droga denominada "oxi", uma forma abreviada de "oxidação", feito de restos de pasta de cocaína, misturado com quantidades variáveis de gasolina ou querosene e cal virgem, que não necessita de um processo de fabricação complexo. Tornou-se popular por seu preço ser ainda menor que o do crack, sendo seu uso inicialmente restrito ao Estado do Acre no Brasil, mas no ano de 2011, em outras regiões e estados do país (BASTOS, 2011).

Diante deste contexto, o estudo foi norteado com o objetivo de identificar na literatura científica, quais os aspectos relacionados ao uso e abuso do crack por meio de uma revisão sistemática de literatura, no período compreendido entre 2000 a 2010 com ênfase nas relações feitas pelas pesquisas com a droga em questão.

Método

Esse estudo é uma revisão sistemática, que é uma síntese das informações disponíveis, sobre um problema especifico, de forma objetiva e reproduzível, por meio de método científico. Tem como princípio geral a exaustão na busca dos estudos analisados, a seleção justificada desses estudos com inclusão e exclusão explícitos, bem como a avaliação da qualidade metodológica (GALVÃO, 2004).

Para tal realizamos as buscas em 2011, nas bases de dados Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (Scientific Eletronic Library Online) e realizamos a análise dos dados no final de 2011 e início de 2012.

Procuramos encontrar as relações feitas pelos artigos em relação à droga, por meio de uma abordagem ampla e atual. Considerando o momento atual, onde a imprensa falada, escrita e televisionada reproduz diariamente informações sobre o crack, optamos por fazer essa revisão para discutir os estudos mais atuais e relevantes sobre o tema divulgando assim um conhecimento científico sobre essa droga, saindo do senso comum e mostrando como ela realmente se apresenta na literatura científica.

As buscas seguiram rigorosamente um protocolo previamente estabelecido pelos pesquisadores e atenderam critérios de seleção, sendo os de inclusão: estudos que abordaram a droga crack; publicados nas bases de dados entre o período de 2000 a 2010; publicados em língua inglesa, portuguesa ou espanhola; Os artigos excluídos foram os que abordaram outras drogas que não exclusivamente o crack; os que trataram apenas dos aspectos químicos e farmacológicos da substância; os oriundos de revisões de literatura; os publicados fora da época proposta.

Foram utilizados descritores selecionados nos tesauros das bases e estes termos foram colocados entre aspas com a finalidade de que o retorno dos registros fossem os que possuíam o termo exato, procurando refinar melhor o resultado da busca. As palavras/ descritores utilizados foram: "crack" and "crack cocaine".

Organização e classificação do material

Realizamos uma classificação preliminar, por meio da leitura do título e resumo, resultando em uma primeira amostra, tendo como base o tema central encontrado nos artigos. Posteriormente, foi realizada uma leitura apurada sendo selecionados somente os artigos que atenderam os critérios de inclusão e exclusão. Depois de selecioná-los a análise foi feita segundo Minayo (2000).

No primeiro momento encontramos 766 artigos. Destes, foram excluídos 618 após leitura do título e resumo. Entre eles, 21 estavam em duplicidade nas bases de dados pesquisadas, 578 trataram de outra droga que não exclusivamente o crack; 35 destes não foram publicados dentro da data pré-estipulada para a revisão, mas mesmo assim apareceram nas buscas e 6 deles foram estudos de revisão de literatura. Dessa forma foram incluídos os que atenderam de forma integral aos critérios de inclusão, totalizando 126 artigos. (Conforme fluxograma 01 - Crack).

Descrição da análise

Uma vez organizados, os 126 artigos selecionados (tabela 2) foram submetidos à leitura exaustiva e posterior análise. Primeiramente, o material foi separado pelas bases consultadas e em seguida organizado por temas centrais mais frequentes nos textos.

A análise de cada artigo foi feita pelas pesquisadoras separadamente, com o objetivo de minimizar o viés da pesquisa. As divergências de opinião foram discutidas posteriormente até chegarmos a um consenso.

A análise dos artigos seguiu os passos operacionais propostos por Minayo (2000), adaptados a revisão sistemática do estudo que incluiu: ordenação, classificação dos dados e análise final. Na ordenação selecionamos os artigos incluídos construindo uma tabela para facilitar a leitura e classificação do material investigado (tabela 1 - classificação temática). A classificação dos artigos foi estabelecida pela identificação das informações relevantes e pertinentes aos critérios de inclusão a partir do conteúdo identificado, definindo categorias. A primeira parte da análise foi realizada a partir dessas categorias estabelecidas fazendo a relação entre elas discutindo-as a partir dos artigos.

A segunda parte da análise foi quantitativa, tendo em vista o número de artigos selecionados em cada base de dados, bem como a frequência em que as categorias apareceram em cada uma delas (tabela 2 - base/classificação temática).

Apresentação dos resultados

A grande maioria dos artigos foi publicada por pesquisadores de outros países e poucos deles brasileiros, evidenciando a carência de estudos sobre o tema no Brasil.

A tabela 1 mostra 6 (seis) temas centrais encontrados, a freqüência em que apareceram e a porcentagem de acordo com o total dos artigos. Dessa forma o tema 1 (um) mostra a interface do crack com crime e com a violência, o 2 (dois) as consequências biológicas e o comprometimento da saúde por meio do abuso do crack. O tema 3 (três) apresenta os principais aspectos sociais, psicológicos, ou culturais envolvidos, o 4 (quatro) as relações com sexo e com a prostituição e o 5 (cinco) traça o perfil do uso e do usuário. Por último o tema 6 (seis) fala das opções de tratamento que existem para

esse tipo de problema. A seguir faremos uma descrição mais detalhada dos temas encontrados.

TEMA 1: Ligação interface do crack com o crime e violência;

Os estudos relacionados ao crack apresentados nesse tema abordaram principalmente a venda de pertences dos familiares, assaltos, pequenos furtos, tráfico de drogas em geral e sequestros. A questão da violência aparece em grande parte dos artigos, e é tratada pelos usuários como um dos principais riscos do uso de crack. O usuário pode tornar-se agressivo devido aos efeitos psiquicos da droga e também pelo medo de ficar sem ela. Além disso, os traficantes e o crime organizado exercem controle sobre o usuário e as situações de violência aparecem. Os artigos evidenciam que a violência ocorre principalmente por meio de: agressões verbais, físicas, roubo e tráfico de drogas. Um grande número de usuários de crack já foi preso por infrações relacionadas com a droga (CARVALHO, 2009; BUNGAY, 2010). Dentre os artigos selecionados pela revisão, o tema 1 representou 3,17% dos estudos.

TEMA 2: Abordagem das consequências biológicas e comprometimento da saúde por meio do abuso do crack;

Este tema mostrou que a maior parte das publicações encontradas sobre o crack, tem relação com alterações nocivas na saúde dos usuários, ou seja, 42,8% dos estudos. Nestes artigos, as principais alterações incluem: HIV/AIDS e demais doenças sexualmente transmissíveis, as alterações pulmonares e de todo trato respiratório, as abdominais, as cardiovasculares, o aumento dos níveis séricos de alumínio no sangue, as alterações em nível de sistema nervoso central (SNC) e alterações cognitivas (MANÇANO, 2008; PECHANSKY, 2007; PECHANSKY, 2007; MADDOX, 2005). Estes mesmos estudos ressaltam a importância da prevenção do uso da droga antes que qualquer problema de saúde ocorra. Porém, apesar de grande parte dos usuários apresentarem complicações, poucos procuram por assistência médica (MANÇANO, 2008). Entre as principais causas de morte dos usuários de crack os homicídios e o HIV, sendo que menos de 10% deles morrem por overdose, conforme dados de um estudo de 2006 na cidade de São Paulo (RIBEIRO, 2006), além das demais complicações já citadas acima (MANÇANO, 2008; PECHANSKY, 2007; PECHANSKY, 2007; MADDOX, 2005).

TEMA 3: Repercussão do abuso na sociedade englobando aspectos sociais, psicológicos, ou culturais da droga;

Os autores nesse tema abordam questões de baixas taxas de escolaridade e de nível socioeconômico dos usuários (OLIVEIRA, 2008) bem como as questões psicológicas como as de ansiedade e depressão (ZULE, 2008). A degradação e exclusão social também são enfatizadas como consequência do abuso desta substância e as questões sociais são abordadas relacionadas à violência e ao desemprego, pois o crack compromete o desempenho profissional e as relações interpessoais.

Em relação aos aspectos familiares, parentes e amigos aparecem como principais influenciadores do primeiro consumo. Este estudo evidencia a tendência de uma ligação entre o abuso de crack por mulheres a problemas na dinâmica familiar e desta forma, compromete os relacionamentos, pois passam a maior parte do tempo consumindo a droga, longe das pessoas da família (BOYD, 2002). As questões sociais, psicológicas e culturais podem ser consideradas como fundamentais para prevenção do uso de drogas, mas elas também têm influencia direta no sucesso do tratamento. Esta forma de abordagem esteve presente em 13,4% dos artigos analisados.

TEMA 4: Relação com o sexo e prostituição:

Sexo e prostituição foram abordados em 9,52% das publicações selecionadas pela revisão. Os

artigos relatam principalmente o sexo feminino, enfatizando a dependência provocada pelo crack, quando elas "vendem" o próprio corpo em troca de dinheiro ou da própria droga. Essa é uma forma vulnerável de adquirir o vírus HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (PECHANSKY *et al*, 2007; RIBEIRO *et al*, 2006). É importante ressaltar que as pesquisas apontam que metade das mulheres usuárias referiu já ter se prostituído em troca de crack (OLIVEIRA e NAPPO, 2008). Além da prostituição comumente conhecida, existe também a compulsória, em que homens "emprestam" suas esposas a traficantes, ou a outros usuários, em troca de crack. Os estudos evidenciam que as trabalhadoras do sexo que utilizam crack apresentam baixa auto percepção de risco frente ao HIV, além de serem frequentes os relatos de violência sexual e também física contra elas. Sofrem problemas sociais e de saúde com frequência, principalmente relacionados ao HIV (MALTA et al, 2008).

Em relação ao comportamento sexual dos usuários de crack, boa parte dos estudos mostra que pode ser considerado fator de risco para a contaminação pelo HIV (CARVALHO e SEIBEL, 2009; PECHANSKY *et al*, 2007; RIBEIRO *et al*, 2006; MALTA, *et al*, 2008). Os usuários têm acesso às informações sobre HIV/AIDS, porém, não as utilizam para modificar comportamentos de risco que os expõem à possibilidade de contaminação e disseminação do HIV (AZEVEDO *et al*, 2006). Desta maneira, na análise dos artigos, é possível sugerir que o uso de crack tem influência no comportamento sexual e está diretamente relacionada com o sexo sem proteção.

TEMA 5: Perfil do uso e do usuário do crack;

O perfil do uso e do usuário está descrito em 22,2% dos trabalhos encontrados. Uma das principais características encontradas nesses artigos são o uso de outras drogas antes do início do uso do crack ou o uso concomitante. Entre estas, estiveram presentes primeiramente as lícitas, como o cigarro, o álcool seguidas dos inalantes. Estas foram as drogas mais citadas como as primeiras a serem consumidas, evidenciada pela facilidade de acesso. Já em relação às ilícitas, a maconha foi a primeira droga a ser citada, seguida de diversas outras como: medicamentos psicotrópicos, cocaína aspirada ou endovenosa, chás alucinógenos, opiáceos, LSD-25 e ecstasy estas sem ordem específica de consumo e não utilizadas por todos os usuários (SANCHEZ *et al*, 2002).

Já em relação ao perfil do usuário mais encontrado nas pesquisas foram homens, jovens, com pouca escolaridade, desempregados ou sem vínculos empregatícios formais (SANCHEZ *et al*, 2002; OLIVEIRA e NAPPO, 2008).

Em relação ao uso, além do padrão de uso compulsivo, em que os indivíduos fazem uso diário e por múltiplas vezes, deixando de lado os compromissos e a vida social, existe também o uso controlado (OLIVEIRA e NAPPO, 2008). Esse se manifesta pelo uso não diário e comumente conciliado às atividades sociais pré-existentes como trabalho, escola, família, sem comprometê-las de maneira geral, porém a maior parte dos usuários faz uso compulsivo da droga. Outro dado relevante citado nos artigos é a facilidade de acesso à droga, permeado por estratégias de mercado que segundo os autores pode estar diretamente relacionada com o aumento do consumo (OLIVEIRA e NAPPO, 2008).

TEMA 6: Tratamento dos usuários de crack:

As propostas de tratamento encontradas nesse tema envolvem basicamente fármacos, psicoterapia e internação em instituições ou hospitais, estando presente essas modalidades terapêuticas em 8,73% dos artigos. Estudos mostram que a existência de uma assistência humanizada entre os usuários e os profissionais de saúde, bem como o apoio da família, o aproveitamento produtivo do tempo livre durante a internação são, de fato, úteis na recuperação da dependência química (MAGALHÃES *et al*, 2010). WECHSBERG, *et al*, 2007,

ressaltou a importância dos fatores socioculturais associados a eficácia do tratamento, bem como a aceitação do tratamento, por parte da pessoa com a dependência química. Independente dessa aceitação, o mesmo autor refere que, o sucesso do tratamento depende principalmente da reinserção social. Todos os artigos ressaltam que mesmo após um tratamento as chances de recaída existem, sendo isso um tipo de abordagem que deve estar incluída durante o tratamento.

Classificação dos artigos por base de dados

Em relação à classificação dos artigos por bases de dados (tabela 02), ficou evidente que a maioria dos artigos selecionados foi da base de dados Medline, sendo eles quase 85% do total dos selecionados. Essa quantidade pode ser evidenciada por se tratar de uma base internacional com grande número de artigos indexados. Nesta base foram selecionados artigos de todas as áreas temáticas, sendo que os que trataram das consequências biológicas e para a saúde foram mais incidentes. Esta situação também ocorreu nas bases Lilacs e Scielo, evidenciando que o abuso do crack traz conseqüências graves à saúde dos usuários.

Continuando a discussão da tabela 02, as publicações selecionadas na base Lilacs foram 7,1% do total. Nessa base, não foram encontrados artigos relacionados ao tema 01 (uso de crack com o crime e/ou violência). Já os demais temas se equivaleram entre si em relação à quantidade.

Na base Scielo, os artigos selecionados totalizaram 7,9% do total, indexados em periódicos brasileiros. Os que trataram sobre os aspectos sociais, psicológicos, ou culturais envolvidos ao uso de crack bem como os sobre tratamento da dependência química, provocada por esta droga, não apareceram na seleção. Isso ressalta a importância de novas pesquisas com destaque em todos esses enfoques no Brasil.

Discussão

Este estudo trouxe dados atuais e relevantes sobre o crack, revelando o tamanho dos prejuízos físicos, sociais e psíquicos que vêm associados com a dependência da droga. Nossos resultados apontaram para o abuso do crack como um problema complexo que requer tratamento amplo, com a necessidade de uma abordagem multiprofissional envolvendo vários setores da sociedade.

A opção metodológica de abordar somente o crack, visando excluir os artigos que tratassem de outra foi intencional considerando o momento atual, em que essa droga ganha um espaço de discussão nunca identificado, nas suas múltiplas interfaces.

Podemos afirmar que existe uma carência de estudos sobre a relação do crack com o crime e a violência bem como sobre tratamento da dependência química provocada por esta droga, que foram as áreas temáticas menos frequentes. Em contrapartida são ricas as publicações sobre as consequências biológicas e o comprometimento da saúde provocado por esta droga. É explícita a abordagem da droga relacionada aos efeitos nocivos à saúde e as relações feitas com o adoecimento dos indivíduos. Apareceu como principal doença associada o HIV/AIDS, ressaltando o efeito devastador que a droga traz como consequência ao organismo. Vale ressaltar que o abuso de drogas tem influência no comportamento sexual e está diretamente relacionada com o sexo sem proteção.

A abordagem psicológica e social dos sujeitos estudados nesses artigos mostrou a exclusão, o desemprego e problemas familiares como fatores que favorecem o uso. As categorias analisadas mostraram uma inter-relação entre si, podendo sugerir que o abuso de drogas, mais precisamente de crack é uma questão complexa, que envolve o meio biológico, social, e psicológico das pessoas com essa dificuldade o que impõem ao meio científico a necessidade de estudos mais apurados sobre essa droga.

Outro destaque deve-se a dificuldade na prevenção e controle do abuso, que pode estar relacionada ao uso de múltiplas drogas, incluindo as lícitas associadas ao crack. Questões psicossociais como estresse,

depressão, desemprego e desigualdade social, geraram um novo cenário, no qual a questão do abuso de drogas torna-se cada dia um problema mais complexo de ser encarado, principalmente sob a ótica da saúde.

É importante também salientar que são necessárias novas pesquisas sobre o crack no Brasil, com novos enfoques e principalmente relacionadas à prevenção, tema pouco discutido nas publicações encontradas.

Dessa forma, acreditamos que outros estudos possam fornecer subsídios para elaboração de novas e constantes políticas públicas de prevenção junto à população, bem como salientar que este problema deve ser enfrentado com o enfoque mais direcionado a saúde pública, desvinculando-o da segurança pública, que é extremamente importante, por si só não atinge o problema na sua integralidade.

Considerações finais

Todos os temas enfocados nesse artigo, foram determinantes na construção dessa revisão para a partir daqui se criar um corpus de conhecimento sistematizado sobre a droga crack. Com isso reunimos simultaneamente,

Tabela 1. Número de artigos conforme classificação temática da abordagem:

TEMAS CENTRAIS DOS ARTIGOS	NÚMERO DE ARTIGOS	(%)
TEMA 1 Ligação com crime/violência;	04	3,17%
TEMA 2 Conseqüências saúde e doença;	54	42,8%
TEMA 3 Aspectos sociais, psicológicos, ou culturais;	17	13,4%
TEMA 4 Sexo e prostituição;	12	9,52%
TEMA 5 Perfil do uso e do usuário;	28	22,2%
TEMA 6 Tratamento;	11	8,73%
TOTAL	**126**	**100%**

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 2. Número de artigos conforme base de dados e classificação temática:

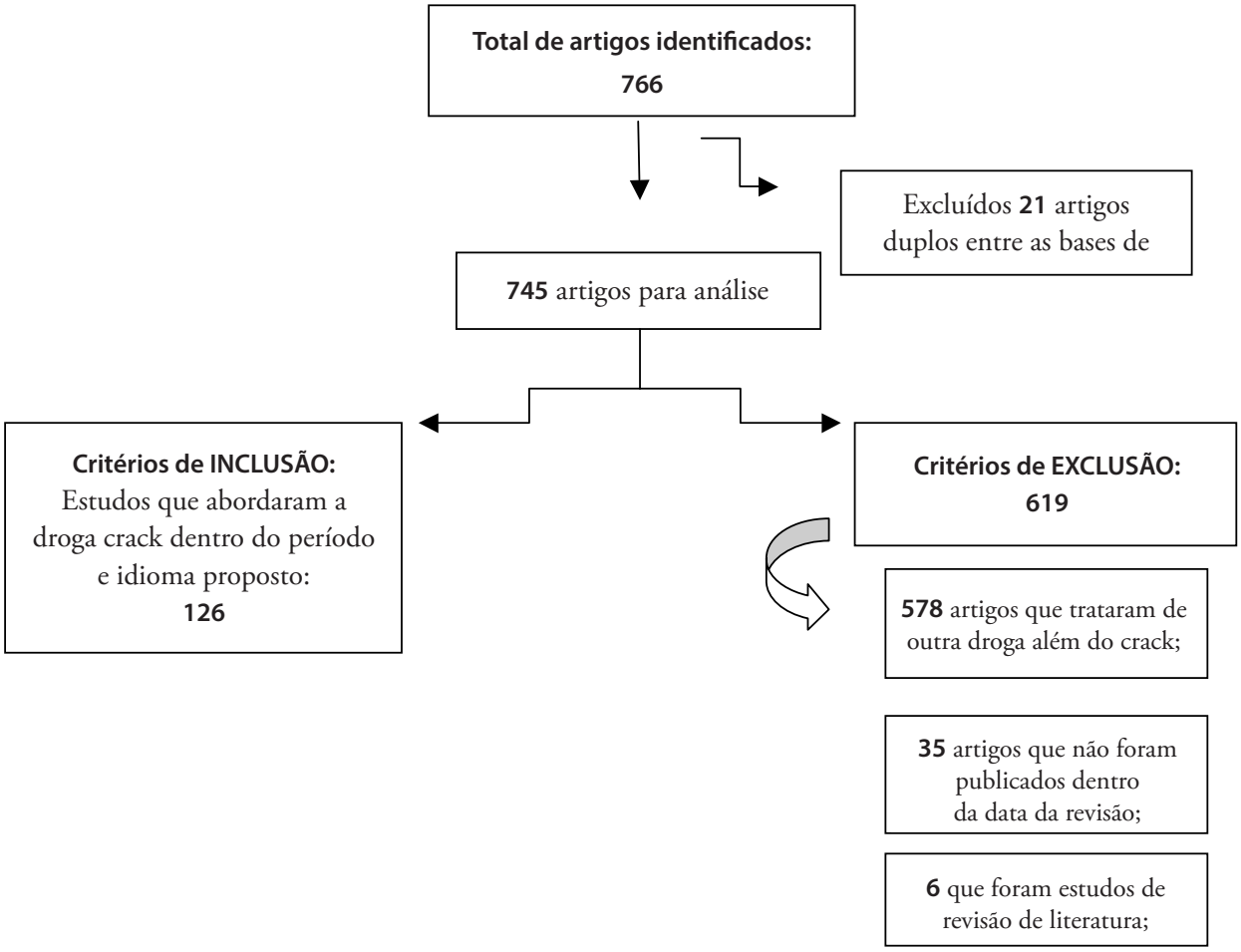
TEMAS / BASES DE DADOS	1 Ligação crime/ violência;	2 Conse-qüências saúde/ doença	3 Aspectos sociais, psicoló-gicos, ou culturais;	4 Sexo/ prosti-tuição	5 Perfil do uso/ usuário	6 Trata-mento	Total	(%)
LILACS	–	03	02	01	02	01	09	7,14%
MEDLINE	03	46	15	10	23	10	107	84,9%
SCIELO	01	05	–	01	03	–	10	7,93%
TOTAL	**04**	**54**	**17**	**12**	**28**	**11**	**126**	**100%**

Fonte: Elaboração Própria

dados importantes dos últimos dez anos, época que coincide com o aumento do uso no Brasil. Nosso objetivo não foi o de esgotar todas as informações existentes mas sim de reunir aspectos determinantes sobre como estão sendo publicados artigos científicos desta droga.

A forma de abordagem utilizada foi apenas um recorte do que existe na literatura, portanto ressalta-se a importância da realização de novas pesquisas que enfoquem principalmente aspectos referentes a prevenção, tema que pouco aparece nessa revisão. O conhecimento gerado pode servir de suporte teórico, pois contribui para uma reflexão acerca dos temas mais frequentes encontrados. Fica evidente na nossa busca que a integralidade, a multiprofissionalização e a intersetorialidade entre os setores políticos e sociais, pode ampliar de forma significativa, a atenção dirigida a essas pessoas usuárias, que necessitam de uma gama de cuidados e atenção. ■

Fluxograma 1. Crack



Fonte: Elaboração Própria

Referências

AZEVEDO, R. C. S. *et al*. Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 29, n. 1, p. 26-30, 2006.

BASTOS, F. I. *et al*. *Smoked crack cocaine in contemporary Brazil*: the emergence and spread of 'oxi'. Article first published online: 12 May 2011. Disponível em: <www.pubmed.com>. Acesso em: 20 de set de 2011.

BOYD, C.J.; HOLMES, C. Women who smoke crack and their family substance abuse problems. Health Care Women, v. 23, n. 6-7, p. 576-586, 2002.

BRASIL. *Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas*: Encaminhamento, Intervenção breve, reinserção Social e Acompanhamento. Brasília: Secretaria nacional Antidrogas, 2006.

_____. *Prevenção ao uso indevido de drogas*: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 4. ed. Brasília: SENAD, 2011.

_____. *Referencia obtida no site do Governo Federal*. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack>. Acesso em: 23 maio 2011.

BUNGAY , V. *et al*. Women's health and use of crack cocaine in context: structural and 'everyday' violence. *International Journal of Drug Policy*, v. 21, n. 4, p. 321-329, 2010.

CARVALHO, H. B.; SEIBEL, S. D. Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. *Clinics*, v.64, n.9, p. 857-866, 2009.

GALVÃO, C. M. *et al*. Revisão sistemática: Recurso que proporciona a incorporação das evidencias na prática da enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem,* v. 12, n. 3, p. 549-556, 2004.

MALTA, M. *et al*. Risco frente ao HIV/Aids entre mulheres trabalhadoras do sexo que usam crack no sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública,* v.42, n.5, p. 830-837, 2008.

MADDOX, P. R. *et al*. Abdominal complications from crack cocaine. *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, v. 86, n. 1, p. 47-50, 2005.

MANÇANO, A. *et al*. Complicações pulmonares após uso de crack: achados na tomografia computadorizada de alta resolução do tórax. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 34, n.5, p. 323-327, 2008.

MAGALHÃES, D. *et al*. Cuidados requeridos por usuários de crack internados em uma instituição hospitalar. Revista Mineira de Enfermagem, v. 14, n. 3, p. 408-415, 2010.

MINAYO, M.C. *O Desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de Crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública,* v.42, n.4, p. 664-671, 2008.

_____. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.35, n.6, p. 212-218, 2008.

PECHANSKY, F. *et al*. Brazilian female crack users show elevated serum aluminum levels. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.29, n.1, p. 39-42, 2007.

_____. Using thought mapping and structured stories to decrease HIV risk behaviors among cocaine injectors and crack smokers in the South of Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* v. 29, n. 3, p. 233-240, 2007.

RIBEIRO, M. *et al*. Causes of death among crack cocaine users. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.28, n.3, p. 196-202, 2006.

SANCHEZ, Z. *et al*. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Revista de Saude Pública,* v.36, n.4, p. 420-430, 2002.

WECHSBERG, W.M. *et al*. African-American crack abusers and drug treatment initiation: barriers and effects of a pretreatment intervention. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, v. 29, n. 2, p. 10, 2007.

ZULE, W.A. *et al*. Perceived neighborhood safety and depressive symptoms among African American crack users. *Substance Use & Misuse*, v. 43, n. 3-4, p. 445-468, 2008

Recebido para publicação em abril/2013.
Versão definitiva em maio/2013.
Suporte financeiro: não houve.
Conflito de interesse: inexistente.

Principais desafios na construção de uma política integrada sobre drogas: descrição da experiência na cidade do Recife/PE

Main challenges in the construction of an integrated policy on drugs: description of experience in Recife/PE

Alda Roberta Campos[1], Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque[2], Renata Barreto de Almeida[3] Almeida[4], Serginaldo José dos Santos[5]

[1] Especialista em Psicologia da Família e em Saúde Coletiva pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) – Campo Grande (MS), Brasil. Supervisora da Escola de Saúde, Centro de Prevenção as Dependências. Supervisora clínica e institucional da Rede de Atenção a Saúde Mental do município do Cabo de Santo Agostinho (PE), Brasil.
aldaroberta@me.com

[2] Mestre em saúde coletiva pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Recife (PE), Brasil. Psicóloga do Instituto Federal do Rio Grande do Norte (IFRN) e membro do Grupo de Estudos em álcool e outras Drogas da Universidade Federal do Pernambuco (GEAD/UFPE) – Recife (PE), Brasil.
rorameh@yahoo.com.br

[3] Mestre em psicologia clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP) – Recife (PE), Brasil. Coordenadora da Pós Graduação Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da UNICAP e membro do Grupo de Estudos em álcool e outras Drogas da Universidade Federal do Pernambuco (GEAD/UFPE) – Recife (PE), Brasil.
renatabfa@hotmail.com

[4] Mestre em psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) – Campo Grande (MS), Brasil. Professor dos cursos de saúde e psicologia da UCDB e da Pós Graduação em Saúde Coletiva e Saúde Mental do Portal da Educação.
sergi@ucdb.br

RESUMO: A Prefeitura do Recife, a partir da articulação entre onze distintas Secretarias municipais lançou a Ação Integrada de Atenção ao crack e outras drogas, buscando o fortalecimento de uma rede de cuidado de abordam ampliada, descentralizada e qualificada, que considera o vínculo, o acolhimento, as singularidades, as vulnerabilidades e a responsabilização compartilhada. Este estudo teve como objetivo descrever o processo de implantação dessa política e seu desenvolvimento no período de agosto de 2010 a abril de 2012, bem como a identificação dos principais desafios, avanços e dificuldades encontradas durante este percurso na prevenção e no tratamento de usuários de crack e outras drogas.

PALAVRAS CHAVE: ação integrada, crack e outras drogas, política sobre drogas.

ABSTRACT: *The Municipality of Recife, from the articulation of eleven distinct municipal Secretariats launched the Integrated Action Attention to crack and other drugs, seeking to strengthen a network of care to address larger, decentralized and qualified, which considers the bond, the host singularities, vulnerabilities and shared accountability. This study aimed to describe the process of implementation of this policy and its development in the period from August 2010 to April 2012, as well as identifying the main challenges, achievements and difficulties encountered during this route in the prevention and treatment of crack users and other drugs.*

KEYWORDS: *integrated action, crack and other drugs, drug policy.*

1. Introdução

Nas últimas décadas, indicadores apontam que o consumo e a dependência de drogas têm tomado dimensões preocupantes. São identificadas graves consequências, principalmente para adolescentes e adultos jovens, que se expressam nas várias interfaces da vida cotidiana, comprometendo vínculos afetivos, trabalho, trânsito, família, saúde, inclusive, na disseminação do vírus HIV (BRASIL, 1998).

Deste modo "compreender os caminhos traçados pela Reforma Psiquiátrica até chegar aos serviços existentes no Brasil para o cuidado e atenção aos usuários de drogas, num prisma que contemple a análise da integralidade nestes serviços é fundamental[...]; [...] são pouquíssimos os estudos que avaliam tais serviços numa ótica qualitativa e não apenas na avaliação do avanço obtido pela desinstitucionalização" (RAMEH--DE-ALBUQUERQUE, 2008, p. 72).

Em resposta a essa realidade, a Prefeitura do Recife, a partir da articulação de secretarias de governo, em setembro de 2011, lançou a "Ação Integrada de Atenção ao *crack* e outras drogas", que passaremos a denominar apenas de Ação Integrada. A Ação Integrada tem como objetivo ampliar e potencializar os programas, equipamentos e serviços voltados para a prevenção, o cuidado e a reinserção das pessoas na sociedade, desenvolvidos no seu próprio território (RECIFE, 2011)

Na realidade de Recife várias ações já foram desenvolvidas pelas Secretarias Municipais, porém, de forma independente e isolada, gerando alguns problemas, principalmente em relação à distribuição igualitária de ações, pois enquanto algumas pessoas se beneficiavam de várias ações, muitas ficavam no lugar do invisível, sem acessarem, nem serem acessadas por qualquer um desses dispositivos.

A Ação Integrada surgiu no primeiro semestre de 2010 para reunir e agregar as ações da assistência, da saúde, da cultura, entre outras políticas públicas. Dessa forma, todas as iniciativas estavam norteadas pela necessidade de se compreender o fenômeno drogas como reflexo de questões multifatoriais que exigiam múltiplas respostas.

Por se tratar de uma ação ainda em caráter experimental se fez necessária uma permanente avaliação dos seus processos. A comunicação e a interrelação entre as secretarias nessa construção ainda estava pouco comum e requeria um novo olhar e mudanças nos processos de trabalho.

Especialistas apontam que o uso e os problemas relacionados ao consumo de *crack* são semelhantes aos que acontecem com outras drogas em muitos aspectos. Mas há algumas diferenças e para que as ações empreendidas sejam efetivas, há a necessidade de conhecer de forma mais profunda os problemas relacionados ao uso dessa droga. Há a necessidade de ampliação de conhecimento e de se capacitar os profissionais que lidam com pessoas que usam *crack* e seus familiares (CRUZ, 2010).

Com o advento da Aids, no final dos anos oitenta, o Ministério da Saúde por meio da Coordenação Nacional de DST/AIDS (CN-DST/AIDS) iniciou reuniões voltadas para a atenção aos usuários de drogas injetáveis (UDI) e a relação com as DST/AIDS. Alguns programas de trocas de seringas (PTS) entre esses usuários foram iniciados, em Santos-SP, porém abortados pela promotoria local, que não compreendiam esta ação como um cuidado a saúde. Apenas em 1995, foi efetivado o primeiro programa de troca de seringas da América Latina, em Salvador - Bahia, sendo seguido por vários estados e municípios brasileiros. Várias parcerias, acordos internacionais e financiamentos foram sendo estabelecidos, e em muitas partes do mundo como Europa, Estados Unidos e Austrália começaram a direcionar o olhar das políticas públicas para as pessoas que usam drogas, por conta da ameaça da epidemia de HIV/AIDS. E entre 1995 e 2003 foram abertos mais de 200 Programas de Redução de Danos no Brasil, a maioria financiados pela CN-DST/AIDS. Leis municipais autorizando o funcionamento desses Programas, bem como a organização de associações de trabalhadores da área, como exemplo a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), a Rede Brasileira de Redutores de Danos (REDUC) seguida de outras redes e associações estaduais e municipais em todo o país foram estabelecidas com o intuito de fortalecer o cuidado junto a esses usuários (ANDRADE, 2011).

De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil realizado nas 108 maiores cidades do país, 0,7% da população adulta relatava já ter feito uso de *crack* pelo menos uma vez na vida, o que significa um contingente de mais de 380 mil pessoas. A maior porcentagem de uso de *crack* na vida foi encontrada entre homens, na faixa etária de 25 a 34 anos, constituindo 3,2% da população adulta ou cerca de 193 mil pessoas. Comparando-se a outros estudos constata-se um aumento significativo do consumo de crack na vida (CEBRID, 2005).

Diante desse cenário, o presente artigo buscou descrever o trabalho desenvolvido na Prefeitura do Recife, por meio da Ação Integrada, que reuniu onze secretarias municipais funcionando como gestoras e executoras desse processo. Essa construção política contribuiu para a reflexão da prática integrada, podendo ser utilizada por profissionais, gestores e parceiros, bem como pela população envolvida com esta realidade. Essa experiência pode, ainda, servir como modelo e referência para outros municípios que queiram elaborar uma política integrada sobre o uso e o abuso de drogas mais humana, inclusiva e integral.

O estudo teve um caráter qualitativo, que segundo Minayo (2003) é uma atividade científica que visa à construção da realidade, com o olhar para o que não pode ser quantificado, utilizando-se da observação de crenças, valores e significados.

2. Contexto do trabalho desenvolvido: a realidade do Recife

Em Pernambuco a atenção aos usuários de drogas era de responsabilidade estadual. Faziam parte desse rede dois centros especializados, o Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo (CPTRA) e o Centro de Recuperação Humana Eulâmpio Cordeiro (CRHEC), localizados na capital e ofereciam tratamento ambulatorial para toda a região.

Outra iniciativa de cuidado pode ser destacada nessa história com o primeiro PRD desenvolvido em Recife que foi coordenado por uma organização não governamental - Centro de Prevenção as Dependências (CPD), em 1999, com financiamento da CN-DST/AIDS. No ano 2000, também protagonizada pelo terceiro setor, foram criadas a Rede Pernambucana de Redução de Danos e a primeira associação de usuários de drogas da América Latina – SE LIGA.

Em 2004 a Prefeitura do Recife deu início de forma mais consistente as ações de redução de danos e criou o Programa Municipal de Redução de Danos – O Programa Mais Vida, formado até o momento da pesquisa por 06 Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad), quatro Casas do Meio do Caminho (CMC), sendo uma referência para mulheres, Unidades de desintoxicação em hospital geral e Consultório de rua – que desenvolvem ações territoriais. As ações foram sendo ampliadas de acordo com as necessidades da população.

Na cidade do Recife, capital de Pernambuco, as ações de enfrentamento a problemática do uso de drogas e a dependência química, até 2010, eram realizadas de forma isolada, por meio de projetos e programas das diferentes Secretarias (Secretarias de Saúde, Assistência Social, Cultura, Mulher, Direitos Humanos e Segurança Cidadã, Juventude, Educação, Esporte e Lazer) tanto na esfera estadual como municipal. Apesar dos esforços já existentes, as ações traziam em si uma grande dificuldade, como a falta da visão integral do indivíduo e a pouca comunicação entre as referidas secretarias, gerando duplicidade de ações para muitos cidadãos e insuficiência da cobertura da atenção para a grande maioria da população.

A Ação Integrada veio na intenção de alinhavar, buscar sintonia e agregar esses processos, contribuindo para a construção, implantação e implementação de equipamentos e serviços que facilitassem o acesso e favorecessem ampliação de vida com dignidade e autonomia para as pessoas que sofrem com problemas decorrentes do consumo de álcool, *crack* e outras drogas.

Buscando responder a inquietações do tipo: *Como vencer a repetição, a busca pelo igual, pelo poder, pelo controle do saber?*

Na Ação Integrada, como diz Lancetti (2006) tem que haver uma atitude de busca de eficácia, rompendo-se com as práticas segmentarizadas e burocráticas.

Reforçando a necessidade da atenção integral e intersetorial a pessoa que usa drogas e a sua família.

Dessa forma, todo o processo foi rico em discussões e reflexões para encontrar, na medida do possível, possibilidades de cuidado, bem como encontrar caminhos para minimizar entraves, buscando soluções sustentáveis e viáveis de acordo com a realidade local e em consonância com os planos estadual e federal: "Crack é possível vencer" (BRASIL, 2011).

3. Métodos

Este artigo teve como método a análise documental e a observação participante, objetivando a compreensão de como a política integrada foi elaborada, bem como o seu funcionamento na rotina dos processos de trabalho.

Entendendo-se a vida como um processo de conhecimento, e que este não é passivo e sim construído, e que esta construção se dá através da interação com o mundo (MARIOTTI, 2005 *apud* MATURANA, 2005) e ainda,que "todo fazer é um conhecer e todo conhecer é um fazer" (MATURANA, 2005), pôde-se compreender a Observação Participante (CRUZ-NETO, 1994) como instrumentos que ativamente ajudaram no exercício de revelar o que aparentemente poderia ser o mais óbvio e mais próximo, no entanto tornam-se por vezes mais difíceis de perceber. Com atenção e minúcia, estes instrumentos foram aliados imprescindíveis na busca de constatações, conclusões, considerações; enfim, da vivência, dos processos, do particular, do geral, do cotidiano e funcionamento do serviço de saúde ora estudado.

Desta forma, atuei como membro integrante do Comitê Executivo da Ação Integrada, assim, a observação direta se estendeu durante todo o processo. Foi possível observar os eventos do dia-a-dia como "observadora participante" e complementar o material observado através de análises documental posteriormente realizadas.

Para sistematizar esse modelo de intervenção foram consideradas as dimensões política e estrutural da ação. (ALVES, 2009). Na dimensão política, tomados como base, os decretos, portarias e diretrizes do Ministério da Saúde e da Assistência Social e na dimensão estrutural a análise das práticas desenvolvidas pelos programas da Prefeitura do Recife das Secretarias de Saúde, Assistência Social, Cultura, Juventude, Educação, Esporte e Lazer, Direitos Humanos e Segurança Cidadã, Especial da Mulher, Fundação de Cultura, Ginásio de Esportes Geraldão e Instituto de Assistência Social e Cidadania (IASC).

A coleta de dados foi realizada por meio de um estudo longitudinal, observando e descrevendo a evolução da política sobre o uso de drogas na cidade do Recife, no período compreendido entre agosto de 2010 e abril de 2012.

Foi realizada uma revisão literária e a análise de atas e documentos das reuniões dos comitês gestor, executivo e regionais da Ação Integrada. A revisão da literatura foi realizada por meio de uma pesquisa acerca das políticas públicas sobre drogas, desenvolvida por alguns dos principais municípios brasileiros, entre eles Salvador, São Paulo e Porto Alegre. Teve como base a política adotada pelo Ministério da Saúde, o Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e a prevenção em álcool e outras drogas (PEAD) (2009), as ações intersetoriais propostas pela Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas (SENAD), órgão responsável pela articulação das políticas nas áreas de prevenção ao uso de drogas, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes, vinculada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, em parceria com o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), do Ministério da Justiça.

Nessa revisão da literatura no cenário brasileiro, também foi possível identificar dois principais posicionamentos políticos para o enfrentamento de questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: o proibicionismo e a abordagem de redução de danos. A primeira concentrando esforços na redução da oferta e da demanda de drogas, com intervenções de repressão e criminalização da produção, tráfico, porte e consumo de drogas ilícitas; e a segunda desenvolvendo políticas e programas de redução de danos, onde defendem intervenções orientadas para a minimização dos danos à saúde, sociais e econômicos relacionados ao consumo

de álcool e outras drogas sem necessariamente por meio da proibição (RIBEIRO, 2006).

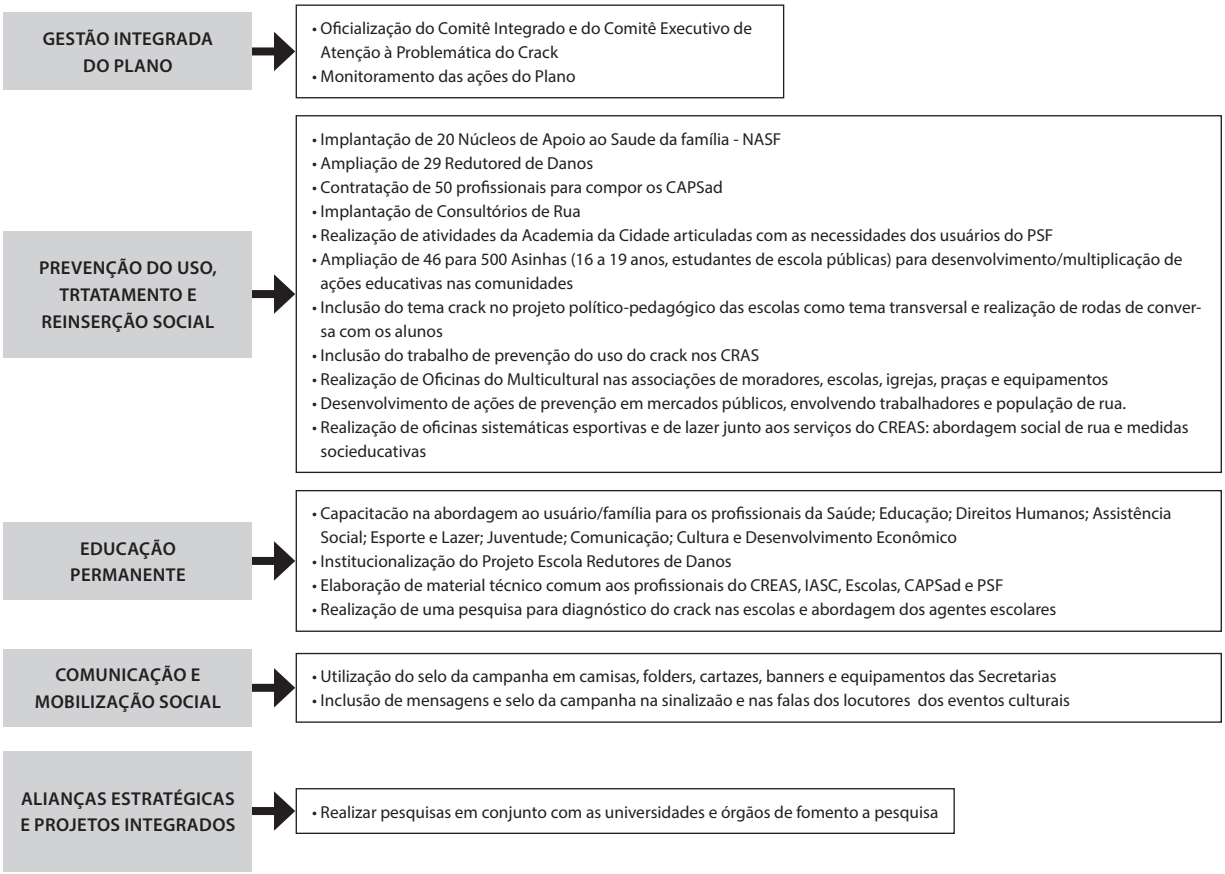
A redução de danos evoluiu para a concepção atual de uma política de saúde não condicionada a abstinência, mas com o objetivo de reduzir os danos e os riscos relacionados ao consumo de drogas. Tendo como princípios básicos o protagonismo do usuário e o respeito aos direitos humanos (ANDRADE, 2011).

Partindo para o cenário municipal, documentos retratam que o Plano Municipal de Atenção ao *crack* e outras drogas foi estruturado em eixos, conforme o quadro abaixo, que foi tomado como base para organização do trabalho.

4. Resultados e discussão: em busca de uma política integral para a atenção ao usuário de crack no Recife – tecendo a rede

Após a definição dos representantes do Comitê Executivo da Ação Integrada, foram marcadas reuniões semanais para discussão, planejamento e monitoramento das ações. A escolha e definição do nome da ação foi o primeiro e talvez, mais polêmico embate do grupo. A ideia de sair do lugar comum, de ver a droga como algo que deve ser combatido e vencido, dos modelos de enfrentamento, de combate, da ótica da repressão, trouxe incômodos e mexeu especialmente com os valores e crenças dos próprios representantes. Várias reuniões foram feitas com a Secretaria de Comunicação, com as agências de publicidade até chegar a proposta de Ação Integrada de

Figura 1: Plano Municipal de Atenção ao crack e outras drogas de Recife



Atenção ao *crack* e outras Drogas. A expressão atenção ao usuário surgiu para não se cometer o equívoco de, como diz Antonio Nery em seu blog, "a parte humana dos humanos ser sistematicamente substituída pela parte não humana das drogas" (NERY, 2010). A ideia era cuidar, dar atenção, olhar para o humano, não para a substância.

A dificuldade na comunicação apresentou-se como o principal entrave no desenvolvimento das ações propostas. Houve uma ausência constante de algumas secretarias como pode ser vista nas atas de frequência das reuniões do Comitê Executivo. Algumas ausências eram justificadas pelo excesso de atividades e de agendas que coincidiam, mas mostrou também que a Ação Integrada não foi, ou não pôde ser prioridade em todas as secretarias. A participação nas referidas reuniões eram imprescindíveis, pois, segundo Antônio Nery "seria necessário que cada um se destituísse do seu lugar/saber para estar no saber/lugar do outro, companheiro de trabalho, recuperando, depois, nas reuniões de equipe, seu próprio saber revisitado" (CETAD, 2010, p. 09).

Outro aspecto a ser destacado foram as intervenções preventivas que ainda não tinham, como ainda não têm tradição no Brasil. Segundo Noto e Moreira (2006), a maioria das ações preventivas no Brasil são isoladas, as pesquisas pouco valorizadas e muitos modelos são "importados" de outros países, principalmente dos Estados Unidos, desconsiderando as diferenças substanciais entre as realidades locais. Nas ações observadas nesse processo de implantação da atenção integral ao usuário de crack poucas foram as intervenções preventivas que puderam ser apontadas como efetivas.

Outro desafio foi o de aperfeiçoar os instrumentos de acompanhamento e de geração de informações que tornassem possíveis o monitoramento das ações e os processos avaliativos da gestão. (BRASIL, 2003) Sempre nos deparávamos com a dificuldade de avaliar e monitorar as ações desenvolvidas. Poucos eram os números, poucos eram os instrumentos de avaliação que dificultavam a sistematização dos dados para o acompanhamento e geração de informações.

Se a constituição de uma rede de serviços substitutivos integrada entre si e com outros equipamentos sociais presentes nas comunidades é algo imprescindível para o avanço da reforma, esse foi um dos aspectos que apresentou mais fragilidades, pois, de fato, ainda não estava disponível para o desenvolvimento da ação integrada uma rede ágil, flexível, resolutiva, onde o trânsito dos usuários fosse facilitado e o mesmo acolhido em suas diferentes demandas. Identificamos muito mais serviços isolados, que não se comunicavam, fechados em suas rotinas (DIMENSTEIN, 2009).

A necessidade do eixo Educação Permanente se mostrou presente em cada encontro. A pouca informação, e principalmente, as informações equivocadas sobre drogas, uso, abuso e dependência, baseadas em estigmas e preconceitos construíram barreiras difíceis de serem superadas nessa rede. A necessidade de capacitação e formação, de forma orientada aos profissionais que atuavam na área numa perspectiva multiprofissional era clara. (BRASIL, 2003) Uma formação de qualidade só é possível para quem tem acesso a educação e a saúde, por isso o investimento científico e tecnológico se fazem necessários para a busca de novos conhecimentos e ofertas de cuidado.

No que se refere aos resultados da Ação Integrada podemos destacar as ações desenvolvidas para a reutilização dos espaços públicos, antes destinados para o consumo de drogas, como por exemplo, praças, terrenos e quadras, pela prática de esportes e atividades culturais e de lazer para população. A requalificação desses lugares contou com a participação direta das diversas secretarias. Por exemplo na Virada Cultural, promovida pela Secretaria de Cultura, em outubro de 2011, houve a participação ativa da Ação Integrada por meio de abordagem social, distribuição de insumos de prevenção as DST/AIDS, garrafas plásticas em substituição da garrafa de vidro para prevenção de acidentes e violências. Roda de diálogo no Festival de HIP-HOP – Uma conversa sobre Drogas, com a participação das secretarias de cultura, juventude e saúde. Foi realizada articulação com artistas locais para divulgação da Ação e a construção de um canal de comunicação com a população geral sobre os riscos e prejuízos do consumo do *crack* e o abuso de outras substâncias.

Várias outros programas e ações conjuntas com a Ação Integrada podem ser citadas, entre elas: Rodas de Conversas sobre Drogas nas Escolas Municipais, com alunos do terceiro e quarto ciclos, o Programa

Multicultural - uma ação estratégica implementada pela Secretaria de Cultura e Fundação de Cultura da Cidade do Recife, que visa democratizar e descentralizar ações culturais por meio da participação popular, contribuindo, assim, para criação e o fortalecimento de uma rede de cultura através do incentivo a formação de adolescentes, jovens e adultos das comunidades do Recife para atuarem no mercado da cultura.

O Programa Nacional de Inclusão de Jovens (Projovem), coordenado pela Secretaria de Educação, Esporte e Lazer do Recife. Academia da Cidade – política de promoção à saúde, que disponibiliza atividade física nas praças das comunidades, enfatizando o lazer e a alimentação saudável. Os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Repúblicas, Centros POP, casas de acolhidas temporárias, abordagem de rua, Programa de Redução de Danos – Programa Mais Vida, Centro de Referência Clarice Lispector – para mulheres vítimas de violência, Centro de Referência de Direitos Humanos, Círculos populares de Esporte e Lazer – promovendo aprendizagens relacionadas a cultura corporal e esportiva e incentivando a autoorganização comunitária a partir do esporte e do lazer, entre outras.

Seguindo a descrição de alguns resultados positivos da Ação Integrada, outra ação de fundamental importância foi a discussão de casos clínicos realizados pelos comitês regionais para definição de fluxo de atendimento e processo de trabalho, valorizando e reconhecendo o sujeito de forma integral e inserido num contexto sóciocultural (RECIFE, 2010).

A promoção da cultura e do lazer como espaço de fazer saúde. A possibilidade de recuperação de uma pessoa com problemas decorrentes do consumo de drogas está na vinculação com sua parte saudável, resgate dos seus vínculos com a vida, assim sendo, as ações de lazer, arte e cultura a aproximavam e destacavam sua saúde. O conhecimento e o respeito as crenças e saberes da população eram considerados um dos principais pilares da prevenção (NOTO, 2006). A valorização da cultura local por meio da música e da arte, foram desenvolvidas por meio de oficinas culturais nos CAPSad como música, capoeira, teatro, circo e oficina de beleza, incluídas na programação terapêutica semanal ofertada para os usuários. Com a Ação Integrada as oficinas foram ampliadas para ações territoriais, nos mercados, praças e em casas de acolhida da assistência social (RECIFE, 2010).

Em análise documental, identificamos exemplos exitosos que corroboraram com a avaliação positiva na relação entre a cultura e o cuidado a jovens em situação de vulnerabilidade social e abuso de substâncias psicoativas. Em São Paulo, o Projeto Quixote em parceria com a Secretaria de Estado da Cultura desenvolveu um projeto com crianças e jovens em situação de rua e usuárias de drogas na região da Luz, famosa Cracolândia, que teve como objetivo buscar por meio do *Hip Hop*, acolher esses meninos e meninas, despertando o potencial criativo, ético e estético do exercício da cidadania, integrando-os aos serviços de assistência social e saúde (LECHER; RIGATO, 2006, p. 335).

Outro exemplo Nacional que foi usado como referência pelo Ministério da Saúde e pela SENAD e multiplicado em vários municípios brasileiros é o Consultório de Rua de Salvador, desenvolvido pelo CETAD/UFBA, sob a coordenação do prof. Antonio Nery Filho. Iniciado no final da década de 80 o Consultório de Rua revelou a proposta de um novo olhar para os usuários de drogas e pessoas que estavam nas ruas. Primeiro que essa população pouco ou nunca acessava os serviços formais de saúde e assistência. Em segundo lugar era necessário conhecer o espaço e observá-lo em outra perspectiva, reconhecendo seus signos, hábitos e comunicações próprias. A aproximação com essa realidade possiblitou a equipe a apropriar-se de um novo olhar para a realidade (GONÇALVES; BRAINTENBACH, 2010, p. 43).

A problemática relacionada ao consumo do *crack* e outras drogas tem tomado uma magnitude que requer uma atenção que vai além da saúde. A violência doméstica e urbana, a prática de pequenos furtos, envolvimentos com assaltos e com a criminalidade vulnerabilizam ainda mais o usuário de drogas. Questões sociais como a desigualdade de oportunidades, a pouca oferta de educação de qualidade e de profissionalização favorecem o estigma relacionado ao usuário de drogas. E por tratar-se de um tema transversal a outras áreas da saúde, da justiça, da educação, social e de desenvolvimento, requer uma intensa capilaridade para a execução de uma política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

De acordo com Organização Mundial de Saúde cerca de 10% da população dos centros urbanos consomem abusivamente substâncias psicoativas, variando de idade, sexo, nível de escolaridade e poder aquisitivo (OMS, 1997).

No Brasil essa realidade não é diferente, em um estudo realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicoativas (CEBRID) sobre o uso indevido de drogas por estudantes (n = 2.730) dos antigos 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras (GALDURÓZ *et al.*, 1997 *apud* BRASIL, 2004) revelou que 74,1% de adolescentes já haviam feito uso de álcool na vida. Quanto ao uso frequente, definido como o uso de droga seis ou mais vezes nos últimos 30 dias e para a mesma amostra, chegamos a 14,7%. Constatando ainda, que 19,5% dos estudantes faltaram à escola, após beber, e que 11,5% brigaram, sob o efeito do álcool (BRASIL, 2004).

A política de saúde governamental deve ser pautada por princípios que garantam mais igualdade na assistência, que considerem a saúde de todos um bem público, um patrimônio da sociedade, um bem para as pessoas e, assim, um direito de todos e de cada um a uma vida melhor, mais saudável, como consequência inclusive da atuação dos governos na área da saúde (BRASIL, 2004).

Várias propostas foram apresentadas para a elaboração de um plano de atenção integral de álcool e outras drogas, o Governo Federal, por meio da Portaria nº 1.190/2009 instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD 2009-2011) e com o Decreto nº 7.179, maio de 2010, instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003, aponta para a necessidade de implementar ações intersetoriais, com a assunção da responsabilidade pelo SUS ao cuidado integral em AD (PEAD-2009-2011).

Segundo Merhy (1994) trabalhar num modelo assistencial centrado no usuário requer uma gestão comprometida com o coletivo, processos de trabalho desenvolvidos no interior das equipes de saúde. Envolvendo uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, pautada por resultados em termos de benefícios gerados para os usuários.

Ações centradas nas necessidades dos usuários, singularizadas e integrais, sendo realizadas onde eles estão, trabalho vivo, produzindo "compromisso permanente com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar." (MERHY, 1998, p. 05).

> *Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de Saúde junto a um usuário-paciente produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas que atuam uma sobre a outra e no qual se opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas colocam nesses encontros; momentos de cumplicidade, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação. (MERHY, 1998, p. 03).*

As drogas são substâncias inertes, nem boas nem más, o que as fará danosas ou não é a relação estabelecida entre a pessoa que as usa, a substância e o contexto sociocultural em que ela está inserida. (MELCOP; CAMPOS; FRANCH, 2002). A dependência de drogas por se tratar de um fenômeno heterogêneo e que atinge as pessoas de diferentes formas, por diferentes causas e em variados contextos exigem uma atenção também heterogênea. É preciso que se desenvolva um trabalho em rede, criando acessos variados visando acolher, encaminhar, acompanhar, prevenir, tratar, construir, reconstruir com compromisso na promoção, prevenção e tratamento, na perspectiva da integração social e produção da autonomia das pessoas. Conceituando autonomia como a capacidade de equilibrar o combate à doença com a produção de vida (BRASIL, 2007).

A Secretaria de Saúde de Recife, com a implantação do Programa Mais Vida - programa de redução de

danos, prevenção e tratamento ao uso de álcool, fumo e outras drogas e posteriormente com a implantação da Ação Integrada vem buscando um cuidado integral e singular junto aos usuários de crack e outras drogas.

Durante o período definido pelo estudo foram realizadas aproximadamente 60 reuniões do Comitê Executivo, 05 do Comitê Gestor, sendo duas com o prefeito em exercício. Além de reuniões de articulação dos representantes do Comitê Executivo com seus respectivos secretários municipais. As reuniões tinham objetivo de planejamento e de avaliação das ações sendo discutidos os avanços e dificuldades encontradas em cada processo, conforme descritas nas atas de reunião arquivadas na Secretaria Municipal de Saúde.

Com o decorrer dos encontros do Comitê Executivo foi-se descobrindo uma aproximação entre as ações desenvolvidas pelas secretarias e a definição de que por elas poderiam ser iniciadas as ações integradas. Participação em fóruns, debates, rodas de conversa, que envolvessem o tema passaram a contar com a representação integrada das secretarias, principalmente, saúde, assistência social, especial da mulher, direitos humanos e segurança cidadã, educação e juventude.

A utilização de espaços de lazer, como praças e parques para o consumo de drogas sempre foi uma prática comum na realidade do Recife. A requalificação desses espaços e a inclusão de ações coordenadas pelos círculos populares da secretaria de educação, esporte e lazer teve um importante destaque na Ação Integrada.

O reconhecimento do saber do outro, a prática da troca de experiências foram questões que surgiram e que precisavam ser cuidadosamente analisadas. O exercício de reorganizar em movimento, a mudança do olhar do foco da droga em si, para a relação pessoa – droga, inserida em um contexto socioeconômico e cultural foram aspectos importantes que esse trabalho se propôs e com isso identificou os principais desafios e dificuldades de uma política integrada.

Segundo Alves (2009) a concepção do problema das drogas vem sendo ampliada no discurso político brasileiro. As drogas vão deixando de ser referidas como *ameaça* para serem reconhecidas como um problema social complexo que precisa ser enfrentado com políticas públicas intersetoriais e setoriais específicas, equilibrando estratégias de repressão à produção e ao tráfico, com a prevenção, atenção à saúde e a reinserção social dos usuários e dependentes de drogas.

5. Considerações finais

Ações integradas são fundamentais para o desenvolvimento de uma política pública humana, justa e eficaz. A integração das ações sem perder a especificidade de cada política construindo uma rede de atenção ao usuário de *crack* e outras drogas com comunicação adequada, com fluxos de atendimento integral ao sujeito e aos seus familiares tem uma importância que merece destaque.

Segundo Antonio Nery é preciso promover o encontro entre excluídos-invisíveis e incluídos visíveis e que esse encontro possa ser considerado através de olhares cruzados (CETAD, 2010).

Existem inúmeras políticas públicas de atenção ao uso de drogas no Brasil, mas não existe modelo ideal e que funcione de forma eficaz em todos os lugares, por isso um dos critérios mais importantes é o conhecimento e os respeito as características e as necessidades de cada comunidade onde se pretende atuar (NOTO, 2006).

A maximização de esforços, como o realizado pelas Ações Integradas, nas diferentes secretarias e departamentos da cidade do Recife/PE, foram fundamentais para ampliação e implementação de políticas públicas à população em situação de risco, como a dos usuários de crack e outras drogas. Pois evita-se duplicidade de ações, que se realizam de forma mais equânimes, quanto à sua distribuições temporal e espacial, sem descaracterizar as políticas de cada área setorial. Dessa forma, pode-se contribuir para a construção de uma rede de apoio e atenção ao usuário de drogas e de seus familiares, de forma integral, como são os objetivos das políticas públicas vigentes em nosso país.

As ações, como foi dito anteriormente, eram desenvolvidas por cada secretaria isoladamente, como músicos que tocam a mesma música em seu respectivo instrumento sem comunicação com os outros, a Ação Integrada visou construir a orquestra, unir os diferentes músicos de forma harmônica e afinada.

A despeito dos avanços, muito ainda precisa ser feito e revisado nas políticas públicas sobre drogas. A necessidade do fortalecimento da ação integrada e intersetorial orientada pela concepção da redução de danos e articulada a outras redes sociais e comunitárias, rumo a consolidação da atenção ao usuário de *crack* e seus familiares de forma acolhedora, respeitosa, integral, inclusiva e humanista é uma direcionamento que precisa ser incorporado por todos para que ações mais exitosas junto a essa população possa ser destacada e valorizada. ■

Referências

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2219, nov 2009.

ANDRADE, T. M. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil**.** *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas***.** 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. *Clínica ampliada***:** equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007c. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. *Crack é possível Vencer*: plano Nacional de Enfrentamento ao Crack. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/crack-e-possivel-vencer-1/view>. **A**cesso em: 12 jun 2012.

_____. *Elaboração de proposta para normalização de serviços de atenção a transtornos por uso e abuso de substância psicoativa:* exposição de motivos. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 17 p.

_____. *Portaria No 1.190/GM de 4 de junho de 2009***.** Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.* 2.ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.* Brasília: Ministério da Saúde, 2003 (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAMPOS, A. R.; RAMEH-ALBUQUERQUE, R. C.; ALMEIDA, R. A importância da interface entre o PSF e o CAPSad na atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas. In: CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA, 11; CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8., 2006. Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

CARLINI, E.A. *et al*. *II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2006.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS (CEBRID). *Classificação do Uso de Drogas*. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/classific_uso.htm>. Acesso em: 21 maio 2012.

CONVERSANDO COM NERY. Disponível em: <http://conversandocomnery.wordpress.com/>. Acesso em: 06 jul 2012.

CRUZ, M. S; VARGENS, R. W; RAMOA, M. L. *Crack*: Uma abordagem multidisciplinar**.** Brasília: Ministério da Educação; 2010.

CRUZ-NETO, O. *O trabalho de campo como descoberta e criação*. In: MINAYO, M.

C. *et al*. (Org.). *Pesquisa social*: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes,
1994. p. 51-66.

DIMENSTEIN, M. LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede**.** *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 1, n. 1, jan/abr. 2009 (CD-ROM).

GONÇALVES, P.R.A.; BRAINTENBACH, D.P.F. O Consultório de Rua interdisciplinar: olhares ampliados. In: MÓDULO PARA CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS do projeto Consultório de Rua, Brasília: SENAD, Salvador: CETAD, 2010. p. 43.

LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2006.

LECHER, A. RIGATO, F.D. Consumo de Drogas e Privação de Direitos. In: SILVEIRA, D. X., MOREIRA, F.G., (orgs). *Panorama Atual de Drogas e Dependências***.** São Paulo: Atheneu: 2006. p. 335.

MARRIOTTI, H. Apresentação. In: MATURANA, H. R.; VARELA, F. J. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana.* 5. ed. São Paulo: Palas Athena, 2005.

MATURANA, H. R.; VARELA, F. J. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana.* 5. ed. São Paulo: Palas Athena, 2005.

MELCOP, A. G.; CAMPOS, A. R.; FRANCH, M. *Sem preconceitos:* um guia sobre o consumo de drogas para profissionais, usuários e curiosos. Recife: Centro de Prevenção às Dependências, 2002.

MERHY, E. E. *A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.* In: CAMPOS, C. R.; *et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte***: r**eescrevendo o Público**.** São Paulo: Xamã, 1998.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L (org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo, HUCITEC, 1994, p. 117-160.

MINAYO, M. C. S. (Org.) *Pesquisa social***:** teoria, método e criatividade**.** 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

NERY, A. VALERIO, A.L.R. (org) *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua.* Brasília: SENAD, Salvador: CETAD, 2010.

NOTO, A.R. MOREIRA, F.G. Prevenção ao Uso Indevido de Drogas: Conceitos Básicos e sua Aplicação na Realidade Brasileira. In: SILVEIRA D. X., MOREIRA, F.G., organizadores. *Panorama Atual de Drogas e Dependências.* São Paulo: Atheneu, 2006. p. 313.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde***.** 10. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, R. C. *Casas do meio do caminho:* um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas. Dissertação de Mestrado (2008). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

RECIFE. *Decreto Nº 26.068 - Plano Ação Integrada de Atenção ao Crack e outras drogas no âmbito da Administração Municipal*. Recife, 19 de setembro de 2011.

RECIFE. *Plano Integrado de Atenção ao Crack e outras drogas.* Prefeitura Municipal da cidade do Recife, 2010.

RIBEIRO, M.M. Aspectos Legais. In: SILVEIRA D. X., MOREIRA, F.G., organizadores. *Panorama Atual de Drogas e Dependências.* São Paulo: Atheneu, 2006. p.469- 476.

Recebido para publicação em abril/2013.
Versão definitiva em junho/2013.
Suporte financeiro: não houve.
Conflito de interesse: inexistente.

Crack e internação compulsória no Brasil: intervenção do estado na autonomia dos usuários

Crack Cocaine and involuntary hospitalization in Brazil: state intervention in users' autonomy

Carla Eloá de Oliveira Ferraz[1], Saulo Sacramento Meira[2], Karla Ferraz dos Anjos[3], Edite Lago da Silva Sena[4], Alba Benemérita Alves Vilela[5], Sérgio Donha Yarid[6]

[1] Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
caueloa@yahoo.com.br

[2] Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
saulo_meira@hotmail.com

[3] Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
karla.ferraz@hotmail.com

[4] Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
editelago@gmail.com

[5] Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
alba_vilela@hotmail.com

[6] Doutor em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Estadual Paulista (Unesp) – São José dos Campos (SP), Brasil. Professor do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
syarid@hotmail.com

RESUMO Uma reflexão a respeito da internação compulsória de usuários adultos de crack, à luz da abordagem da bioética da proteção revela que a política de atenção aos usuários de crack deve ter como escopo as políticas sociais, ao invés da centralidade dos recursos médicos, uma vez que grande parte das questões associadas ao consumo não se encontra nesse âmbito, mas entrelaçadas às questões sociais, educacionais e jurídicas. Desta maneira, acionar políticas emergenciais pautadas na internação involuntária provoca a retomada de modelos de intervenção amplamente criticados por profissionais da área da saúde, por pesquisadores da área de ciências humanas e sociais, perpetuando um retrocesso.

PALAVRAS CHAVE: Autonomia pessoal; Cocaína; Crack; Internação compulsória de doente mental; Bioética.

ABSTRACT *A discussion about the compulsory hospitalization of crack cocaine adult users, under the light of protection bioethics approach shows that crack cocaine users' protection policy should be scoped to social policies, rather than the centrality of medical resources, since most of consumption associated issues is not in that context, but intertwined with social, educational and legal ones. Thus, trigger emergency policies guided by the involuntary hospitalization causes the resumption of intervention models widely criticized by health professionals, for researchers in humanities and social sciences, perpetuating a setback.*

KEYWORDS: *Personal Autonomy; Cocaine; Crack Cocaine; Compulsory Hospitalization of Mentally ill Person; Bioethics.*

Introdução

Nos últimos anos, o *crack* tornou-se tema de inúmeras discussões entre o poder público e a sociedade civil, sendo considerado o mal-estar da população brasileira. A mídia tem vinculado a dependência do *crack* a uma epidemia incontrolável que se instalou no país. Entretanto o que pode ser visto é a carência de estudos atualizados, de abrangência nacional, que sejam representativos do problema.

O que se sabe até então é que o álcool continua sendo a substância psicoativa (SPA) de maior prevalência de consumo por toda a população, o que constitui um dos maiores problemas da saúde pública brasileira. De acordo com o primeiro levantamento dos padrões de consumo de álcool pela população brasileira, estima-se que 28% dos adultos e 16% dos adolescentes já consumiram bebidas alcoólicas em excesso pelo menos uma vez nos últimos 12 meses. Dos bebedores, 23% relataram ter vivenciado problemas em função do consumo excessivo, sendo as complicações físicas, familiares, sociais ou de violência citadas com maior frequência pelos entrevistados (LARANJEIRA *et al.*, 2007).

A falta de dados consistentes e atuais acerca do consumo do *crack* pode provocar conclusões inconsistentes, generalizações apressadas e radicalização de posições sobre o assunto, o que resulta em intervenções extremas e imediatistas, sem que haja espaço para uma reflexão adequada sobre este complexo problema (GASPAR, 2012). Adorno (2012) ressalta a relativa ausência de políticas públicas direcionadas para essas populações e a forma enviesada e generalizante com que este importante tema é tratado política e midiaticamente.

As drogas ilícitas têm sido consideradas, de maneira recorrente, como as responsáveis pelo aumento da violência urbana. Trata-se de um processo de vinculação direta, em que a droga passou a ser o referente da violência. O papel dos meios de comunicação, nessa representação hegemônica, também deve ser colocado em debate (SENA, 2011).

A autora aponta que a chamada para o debate diz respeito, inicialmente, a um achatamento da opinião pública, que é abastecida pela indústria cultural de massa, especialmente pela TV. Nessa "dieta de mídia" são recorrentes as representações constituídas pela fácil associação da violência urbana brasileira à existência do tráfico de drogas e seus respectivos atores. Sendo assim, há um inimigo tangível e, portanto, há que se travar uma guerra contra ele.

Diante desse contexto especulativo, o Estado, pressionado pela população a responder ao aumento de consumidores nas "cracolândias", assinou, em 2012, uma série de ações para o enfrentamento do tráfico de *crack* e de outras substâncias psicoativas, transferindo para os profissionais médicos o poder decisório de internar compulsoriamente os usuários adultos da droga.

Tal modalidade de intervenção, porém, não é unanimemente aceita, o que a torna objeto de debates. Assim, é lícito refletir sobre a internação compulsória de usuários adultos de *crack*, à luz da abordagem da bioética da proteção, considerando as formas de tratamento, a relação entre autonomia e internação compulsória, ressaltando-se o papel da bioética da proteção nas estratégias para o tratamento do abuso de substâncias ilícitas nos países desenvolvidos e sua repercussão no panorama brasileiro.

O consumo do crack no Brasil e as formas de tratamento

No Brasil, o primeiro relato do uso de *crack* remonta ao ano de 1989 através de um estudo etnográfico com um grupo de 25 usuários homens (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2006).

Atualmente, a droga está presente nos principais centros urbanos do país. Um estudo recente sobre o perfil dos usuários de cocaína e *crack* no Brasil revelou que, de maneira geral, os derivados de cocaína são consumidos por uma parcela reduzida da população (2,3%), especialmente nas regiões Sul e Sudeste (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2006).

Merece destaque o uso na vida de *crack* entre estudantes brasileiros que pode ser considerado diminuto em comparação com o uso na vida feito por estudantes europeus e sul-americanos. O Brasil e o Paraguai ocupam a última posição, com a mesma prevalência de uso na vida e no ano de *crack* (CARLINI *et al.*, 2010).

A relativa ausência do Estado na construção de uma política de saúde direcionada ao uso e abuso de SPA possibilitou a disseminação, em todo o país, de "alternativas de atenção" de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica ou, ainda, de cunho religioso, tendo a abstinência como principal objetivo a ser alcançado (BRASIL, 2005a).

Em 1976, foi promulgada a lei n. 6.368, que vigorou até 2006, perdurando, portanto, por trinta anos. Além de ser voltada para a repressão ao tráfico, considerava o usuário de substâncias ilícitas como um criminoso comum e sem qualquer perspectiva de garantia de direitos (BRASIL, 2010b).

Em 2003, o Ministério da Saúde propôs que o consumo de SPA fosse considerado um problema de saúde pública e não médico-psiquiátrico ou jurídico (BRASIL, 2003). A perspectiva de trabalho, então, sofreu modificações, desvinculando-se da ideia de guerra e de combate às drogas.

A *Política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas*, estabelecida em 2003, exigiu exaustivas reflexões diante da complexidade da discussão proposta em âmbito nacional, envolvendo autoridades, sociedade e, indubitavelmente, a perspectiva de vida do protagonista desse embate que deveria ser o usuário (BRASIL, 2005a).

Subsequentemente à implementação dessa política de atenção, o ano de 2004 caracterizou-se por dois movimentos simultâneos: por um lado, a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar e, por outro lado, a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes (BRASIL, 2005a).

Até 2006, a legislação vigente no Brasil era ainda a de 1976, uma legislação ultrapassada, extremamente repressora, que continha uma série de inconstitucionalidades, como o tratamento compulsório. Para o usuário, as alternativas eram a prisão ou o internamento, e muitas famílias escolhiam, obviamente, a segunda opção. O internamento, na maioria das vezes, ocorria sem qualquer avaliação técnica de adequação da medida em termos terapêuticos (BRASIL, 2010b).

O primeiro grande desafio da gestão de Luiz Inácio Lula da Silva foi a discussão sobre uma nova lei dirigida para o problema das drogas. Com isso, nasceu a lei n. 11.343/2006, que trouxe como grande avanço a extinção da pena de prisão para o usuário, o fim do tratamento compulsório e o oferecimento de tratamento gratuito aos usuários e dependentes (BRASIL, 2010b).

Em 2012, o Estado assinou o *Plano de enfrentamento do crack e outras substâncias psicoativas*. A iniciativa teve como objetivo aumentar a oferta de tratamento de saúde aos usuários de substâncias, enfrentar o tráfico e as organizações criminosas, além de ampliar as ações de prevenção. Contudo o que se apresenta de forma antagônica é que uma das suas ações está pautada na autonomia do profissional médico para internar o usuário adulto de *crack* sem autorização familiar e judiciária (BRASIL, 2010b).

A partir do que foi visto pelo histórico das tentativas de implementação de uma política que seja realmente efetiva para os usuários de SPA, pode-se perceber, na contemporaneidade, um retrocesso das ações governamentais, representado, por exemplo, pela internação compulsória de usuários de *crack* das "cracolândias". Tal intervenção do Estado implica em retroalimentar modelos e visões ultrapassados e redundará, certamente, no fortalecimento da segregação.

Tratamento do abuso de substâncias ilícitas em países desenvolvidos

As dificuldades para abordar o problema do uso e abuso de SPA levam governos de diferentes países a buscar soluções que podem variar muito, escalonando-se desde a violenta repressão estatal às tentativas de redução de danos e de reinserção social do usuário. É pertinente alertar, porém, que a experiência de outros países no combate às SPA deve ser analisada com cautela, pois cada nação possui suas especificidades sociais, culturais, econômicas e étnicas que precisam ser respeitadas e que alteram a forma de encarar a questão.

Os EUA, por exemplo, têm investido em medidas para deter o aumento do consumo das SPA no país. Para isso, adotam a repressão severa e o encarceramento,

ações que demonstraram ter pouca eficácia, gerando efeitos colaterais como o aumento da população carcerária e dos custos para mantê-la. Apesar desses esforços, o país ainda se encontra estatisticamente como o país com maior diversidade de drogas em circulação (BRASIL, 2005b).

A Suíça utiliza uma política de saúde pública como tática de enfrentamento do uso de drogas em vez da criminalização do usuário. Em 1994, o país adotou a política de redução de danos (RD) que passou a ser reconhecida inicialmente como uma estratégia de saúde pública voltada aos usuários de drogas injetáveis em resposta à epidemia da AIDS. O país criou salas para injeção supervisionada com a distribuição gratuita da heroína para cerca de três mil usuários desta substância (BRASIL, 2005b). O governo negociou essa possibilidade, baseando-se na avaliação de que, ao receber a heroína legalmente, aquele que abusava dela deixaria os crimes e o tráfico de drogas. A medida resultou na redução do número anual de novos usuários de 850 em 1990 para 150 em 2005, sendo que cerca de um terço das pessoas se absteve da droga espontaneamente, sem um tratamento associado (BRASIL, 2005b). Em 2008, um plebiscito rejeitou o fim do programa com mais de dois terços dos votos.

Estudos na área das drogas ilícitas relatam que, na Holanda, a experiência no consumo de SPA é inferior àquela do restante do continente e que o percentual de usuários de drogas injetáveis é o menor entre os 15 países da União Europeia. Destaca ainda que o número de usuários de heroína diminuiu significativamente com a adoção da estratégia de redução de risco e danos, de 28 a 30 mil em 2001, para 18 mil em 2008; na cidade de Sidney, na Austrália, o programa das "salas-seguras" já encaminhou 3.620 dependentes ao tratamento, por iniciativa do próprio usuário (BRASIL, 2010a).

O Canadá também investe em estratégias de redução de danos, desenvolvendo espaços nos quais usuários de drogas injetáveis podem dispor da supervisão de um profissional, além de poderem usar material descartável para prevenir a propagação de doenças.

Por fim, o modelo português de combate às substâncias ilícitas é o que vem despertando maior interesse dentre os modelos analisados: ele se destaca pela adoção de abordagem humana, pragmática e baseada em evidências para problemas de SPA dentro da sociedade, que vai muito além da simples repressão.

Autonomia versus internação compulsória

De acordo com a portaria de n. 2.391, a internação voluntária é aquela autorizada pelo usuário. A internação psiquiátrica involuntária é a realizada sem seu consentimento expresso e a internação psiquiátrica compulsória é aquela determinada por medida judicial (BRASIL, 2011).

A internação voluntária ou involuntária somente pode ser autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do estado onde se localiza o estabelecimento (art. 8º da lei n. 10.216/01). A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (art. 9º da lei n. 10.216/01) (BRASIL, 2005b).

Com a nova proposta de enfrentamento do *crack*, o profissional não mais necessitará de autorização judicial para efetuar a internação compulsória, sendo a avaliação médica do usuário o suficiente para sua execução. Um questionamento a ser feito diante dessa questão seria: quais os limites éticos dos profissionais médicos para essa tomada de decisão, uma vez que a avaliação envolve os componentes subjetivos do avaliador?

Nesta perspectiva, é preciso compreender a forma com que o profissional médico conduzirá a avaliação, considerando que, de um modo global, a noção de deliberação no uso abusivo e dependência de SPA é complexa e individualizada, bastante fadada a erros e reinterpretações, de maneira a exigir do examinador muita prudência e sentido de limitação de seu poder cognitivo (MESSAS, 2012). O autor destaca, ainda, que a avaliação de capacidade decisória e deliberativa depende da interpretação do observador.

Nesse contexto, a avaliação da condição de saúde apresentada pelo usuário depende da interpretação do profissional, a partir de sua visão de mundo, que é

construída ao longo de sua história de vida e influenciará a tomada de decisão em relação à internação ou não da pessoa. A partir desta reflexão, é digna de nota a necessidade de estudos que evidenciem a maneira como os profissionais, principalmente os médicos, encaram (ou concebem) socialmente o fenômeno do consumo de *crack*.

O *Plano plurianual* (2012-2015) que possui, entre suas metas a capacitação das lideranças religiosas e de movimentos afins para a atuação na prevenção do uso indevido de SPA, também é um exemplo de cassação da cidadania do usuário, indo de encontro ao caráter laico do Estado brasileiro, previsto na Constituição federal, além de afrontar a lei n. 10.216/01 (BRASIL, 2005b).

Bioética da proteção no contexto da atenção aos usuários de crack no Brasil

Com o lançamento do *Plano de enfrentamento do crack*, torna-se relevante refletir sobre as seguintes questões: quais serão as ferramentas ou preceitos que o Estado utilizará para nortear suas ações de cuidado? Será que o governo possui suporte (quantitativo e qualitativo) para realizar encaminhamentos de todos os usuários a serem internados involuntariamente? E, por fim, uma vez que será o profissional médico que irá decidir acerca da internação compulsória do usuário, será que existem profissionais capacitados para lidar com a demanda?

É importante considerar que o Estado, utilizando-se de uma justificativa de proteção, tem privado os usuários e os seus familiares de exercerem a sua cidadania com relação à tomada de decisão pelo tratamento ou não. A interferência do Estado pode estimular as famílias dos usuários de *crack* a desresponsabilizarem-se como partícipes do processo de adoecimento e tratamento do seu ente familiar, como também a atribuírem a responsabilidade e a decisão ao médico, reforçando o saber deste profissional como hegemônico, em detrimento dos saberes de outros profissionais da saúde, de uma avaliação multidimensional e da tomada de decisão interdisciplinar.

A bioética da proteção constitui uma proposta recente do campo da bioética que vem a ser uma possibilidade de cuidado para populações vulneradas (SCHRAMM; KOTTOW, 2001), indivíduos que se encontram temporariamente em condição de sofrimento psíquico, material, moral, dentre outros, sendo, portanto aplicada a populações que deveriam ser apoiadas pelo Estado e pela sociedade organizada.

Neste sentido, a bioética da proteção consiste em uma ferramenta de reflexão crítica sobre os conflitos morais, resultantes das ações da práxis humana e envolve, de um lado, agentes morais que podem ser considerados autores de atos que, a princípio, são capazes de transmitir poder e, de outro lado, os usuários morais, suscetíveis ou vulnerados, os que não possuem a força moral para enfrentar as consequências negativas de seus atos, ou seja, não são capazes de revertê-los ou evitá-los (SCHRAMM; KOTTOW, 2001).

A função atribuída aos governantes é a de proteger os cidadãos sob sua responsabilidade. Assim, faz-se pertinente refletir sobre a forma como o Estado tem dispensado cuidado aos vulnerados, população que se encontra à margem da sociedade, sofrendo processos discriminatórios e excludentes.

O conceito de proteção pode ser compreendido, no contexto das inter-relações pessoais, como o amparo que um agente moral protetor oferece a um sujeito que não tem condições para se virar sozinho, sendo este amparo, em princípio, não imposto (SCHRAMM; KOTTOW, 2001). O autor enfatiza que, assim como ocorre com a paradigmática relação protetora entre pais e filhos, ocorre às relações sociais, em que o Estado concede amparo à população sob sua responsabilidade.

No que concerne à concepção do parágrafo anterior, sobre o cuidado paterno sem imposição, a princípio, o Estado, por assim dizer, tem-se posicionado como um pai opressor, que usa de sua autoridade como forma de impor seus limites e regras aos "filhos" usuários, um pai ausente que se utiliza de métodos de aprisionamento, sem ao menos tentar estabelecer um vínculo com os filhos, que há bastante tempo têm clamado pela sua proteção.

Diante do exposto, pode-se considerar que a estratégia de redução de risco e de danos pode ser considerada uma ferramenta da bioética da proteção, tanto para as populações vulneráveis como aquelas em risco para o uso de SPA, como para as populações vulneradas,

aquelas que já se encontram submetidas aos agravos do consumo abusivo de SPA, sendo necessárias ações diferenciadas para cada população.

A política de álcool e outras drogas no Brasil deve, acima de tudo, nortear o planejamento de ações, partindo do pressuposto de que a população é assimétrica e, com isso, deve-se pensar em estratégias diferenciadas para o cuidado com desiguais.

Considerações finais

A ação nas "cracolândias", em última instância, pode vir a ser considerada uma ação de saúde, mas é um excesso da autoridade estatal, na medida em que viola os direitos constitucionais dos cidadãos, inclusive o de ir e vir.

Nesse contexto, os usuários de *crack* tornaram-se bodes expiatórios de uma sociedade que incita o consumo, mas não se responsabiliza pelos males que ele gera. O abuso, nesse caso, não está vinculado à substância em si, mas ao processo do *ter* em detrimento do *ser* da sociedade de consumo. O abuso, portanto, não é intrínseco ao abuso de substâncias e sim, à exacerbação do ter.

A proposta de enfretamento do governo implica no reforço do processo de exclusão social, que impõe aos invisíveis que se tornem visíveis a partir de seu consumo. Os usuários, então, podem exercer sua "cidadania" através de uma substância barata e potente e ocupar um lugar na sociedade, mesmo que seja um lugar de adoecimento.

O Estado, que demonizou a substância e o usuário justamente por não conseguir lidar com suas demandas sociais, impõe uma saída, a de oferecer um tratamento para dirimir a ferida social, retirando os usuários de seu convívio.

Um dos despreparos do novo programa é que o Sistema Único de Saúde (SUS) não possui leitos suficientes para atender à demanda de internações compulsórias, sendo obrigado a contratar leitos de hospitais privados, fator que atende a interesses particulares.

A política de atenção aos usuários de *crack* deve estar pautada mais em uma política social do que médica, uma vez que boa parte das questões associadas ao consumo não se encontra nesse âmbito, mas entrelaçada às questões sociais, educacionais, jurídicas, dentre outras.

Para que a implantação de política de saúde direcionada para usuários de SPA dê bons resultados, é fundamental que haja a aproximação e o diálogo entre as partes interessadas, o que não tem sido uma realidade no Brasil, cujo governo admite que há carência de pesquisas na área. As propostas transversais que surgem, na maioria das vezes, correm grande risco de insucesso.

As discussões em torno da nova medida governamental com relação ao enfrentamento do *crack* devem continuar acontecendo, uma vez que ela viola os princípios da cidadania e dos direitos humanos. Acionar políticas emergenciais como esta, pautadas na internação compulsória, provoca a retomada de modelos de intervenção amplamente criticados por profissionais da área da saúde, especialmente da saúde mental, por pesquisadores da área das ciências humanas e sociais e pelos movimentos sociais, perpetrando um retrocesso. ■

Referências

ADORNO, R. *Cracolândia é a cara de São Paulo.* In: Seminário "Cracolândia muito além do crack". São Paulo, 2012. Disponível em: <http://coletivodar.org/2012/05/intelectuais-discutem-crack-e-neoliberalismo-em-abertura-de-seminario/>. Acesso em: 20 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2012.

_____. *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República, 2005a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 22 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.* Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental. 2005b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 19 maio 2012.

_____. *Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010*. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília: *Presidência da República*. 2010a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 03 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2391, de 26 de dezembro de 2002*. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Brasília, 2010b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2391.htm>. Acesso em: 22 maio 2012.

_____. *Decreto n. 7.637, de 8 de dezembro de 2011*. Altera o Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Brasília: Presidência da República. 2011. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/portarias-e-decretos/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras--drogas/view>. Acesso em: 03 jul. 2012.

CARLINI, E. L. A., *et al*. *VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/328890.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2012.

DUAILIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. *Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil*. Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas. São Paulo: departamento de psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.abead.com.br/artigos/arquivos/perfil_usuario_coca_crack.pdf> Acesso em: 05 jul. 2012.

GASPAR, F. L. *Tratamento da dependência de crack e a internação compulsória.* Portal de e-governo, inclusão digital e sociedade do conhecimento. 2012. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/tratamento-da-depend%C3%AAncia-de--crack-e-interna%C3%A7%C3%A3o-compuls%C3%B3ria>. Acesso em: 28 jun. 2012.

LARANJEIRA, R. *et al***.** *I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira.* Secretaria Nacional Antidrogas. 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf >. Acesso em: 8 maio 2012.

MESSAS, G. P. Capacidade de discernimento e decisão em pessoas com uso nocivo e dependência de drogas. In: CONTROVÉRSIAS EM INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS INVOLUNTÁRIAS E COMPULSÓRIAS (CREMESP). 2012. Disponível em: <http://internacaoinvoluntaria.wordpress.com/2012/01/16/controversias-em-internacoes-psiquiatricas-involuntarias-e-compulsorias-cremesp/>. Acesso em: 06 jun. 2012.

SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M. Princípios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 949-56, 2001.

SENA, L. L. O crack como fenômeno midiático: demônios e silêncios. In: IV CONGRESSO DE OPINIÃO PÚBLICA DA WAPOR. Belo Horizonte, Departamento de Comunicação Social, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2011. Disponível em: <http://www.waporbh.ufmg.br/papers/Lcia_Lamounier_Sena.pdf>.

Recebido para publicação em abril/2013.
Versão definitiva em abril/2013.
Suporte financeiro: não houve.
Conflito de interesse: inexistente.

Saúde mental, drogas e direitos humanos: por intervenções cidadãs aos usuários de drogas em contexto de internação compulsória

Mental health, drug and human rights: for citizen interventions for drug users in the context of compulsory internments

Marco José de Oliveira Duarte[1]

[1] Doutor em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professor Adjunto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Coordenador e Pesquisador do Núcleo de Estudos, Pesquisas e Extensão em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (NEPS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. psicossocial.uerj@gmail.com

RESUMO: Este trabalho tem por objetivo problematizar o campo da saúde mental, o crack, o álcool e outras drogas frente às internações compulsórias, como política de governo e como dispositivo de repressão aos usuários dessas substâncias psicoativas em situação de rua. Contextualizam-se, a partir da experiência de pesquisa-ação da saúde mental na atenção básica, em um determinado território, a política pública de saúde mental e drogas, as implicações éticas no cuidado e a questão dos direitos humanos dos usuários de drogas no cotidiano da gestão do trabalho em saúde, com o desafio da intersetorialidade para enfrentamento da questão e a denúncia ao retrocesso com as internações compulsórias na cidade.

PALAVRAS CHAVE: Saúde Mental; Drogas ilícitas; Ética; Direitos humanos; Políticas públicas.

ABSTRACT: *This paper aims to discuss the field of mental health, crack, alcohol and other drugs in the face of compulsory internments as government policy and as a device of repression users of these psychoactive substances on the streets. Contextualizes, from the experience of research of mental health in primary care in a given territory, public policy mental health and drugs, the ethical care and the human rights of drug users in the daily management health work, the challenge of intersectorality to confrontation the issue and the denounce to the setback with compulsory internments in the city*

KEYWORDS: *Mental Health; Street drugs; Ethics; Human rights; Public policies.*

Introdução

Este trabalho tem por objetivo problematizar o campo da saúde mental, do crack, álcool e outras drogas frente às internações compulsórias, como política de governo e como dispositivo de repressão aos usuários dessas substâncias psicoativas em situação de rua. Para tanto, contextualizamos o trabalho de matriciamento em saúde mental na atenção básica, uma das estratégias da política de saúde mental, para, em seguida, analisarmos as implicações éticas e as questões de direitos humanos no retrocesso a essa referida política pública em curso no município de nosso estudo.

Através do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas (PET Saúde/Saúde Mental da UERJ)[1] – desenvolvido, nos dois últimos anos, no âmbito das Estratégias de Saúde da Família (ESF) do Borel e da Casa Branca, situadas no Complexo Territorial do Borel, na cidade do Rio de Janeiro (RJ), que engloba 7 (sete) comunidades: Borel, Casa Branca, Chácara do Céu, Indiana, Morro do Cruz, Catrambi e Bananal, e que tem uma população, segundo os dados do IBGE e do cadastro das referidas unidades da ESF, de, aproximadamente, 13.000 habitantes –, lidamos diretamente com a questão das drogas em um território da cidade do Rio de Janeiro.

A realidade dessa ação acadêmico-assistencial de integração ensino-serviço-comunidade baseou-se, de forma processual, na construção de uma rede intersetorial de cuidado com os usuários de saúde mental, crack, álcool e outras drogas, e suas famílias, no referido território, de forma dialogada e coordenada com outras instituições governamentais e não governamentais no cotidiano de uma comunidade pacificada do Rio de Janeiro, em que a temática das drogas ainda se coloca na forma da repressão, por um lado, ou mesmo da internação ou do recolhimento compulsório, e, de outro, em um contexto de alarme pela falsa epidemia do crack.

O entendimento difuso (ALVES, 2009) sobre crack, álcool e outras drogas, observado nos grupos focais[2] realizados nas equipes de saúde, demonstrou que, hegemonicamente, baseava-se no senso comum, com forte conteúdo moral, o que apontou a necessidade de capacitação dos referidos agentes institucionais para o manejo quanto ao cotidiano do cuidado com esse segmento da população atendida e sua relação com as drogas.

No entanto, não poderíamos nos limitar às unidades de saúde, quando esse tema não se circunscreve, única e exclusivamente, a esta política pública. Foi imperioso ampliar com outros sujeitos e instituições que se faziam presentes no território, na perspectiva de construção de uma rede de cuidado, para enfrentamento de situações que, na maioria das vezes, era de cunho sócio-econômico (ACSERALD, 2005), ou seja, de vulnerabilidade social dos usuários e familiares.

[1] O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) foi regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010. Prevê ação intersetorial direcionada para o fortalecimento de áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da educação pelo trabalho, com tutores, preceptores (profissionais dos serviços de saúde) e estudantes de graduação da área da saúde. É uma estratégia do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), em implementação no país desde 2005. Tem como fio condutor: a integração ensino-serviço-comunidade. É fruto da parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde, a Secretaria de Educação Superior (SESU), do Ministério da Educação, e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD/GSI/PR). O PET-Saúde/Saúde Mental/Crack foi iniciado em 2011.

[2] A nossa metodologia baseou-se na realização de quatro grupos focais, junto às Equipes da Estratégia de Saúde da Família, envolvendo os Agentes Comunitários de Saúde das unidades do Borel e da Casa Branca. Nesse contexto, realizamos também um grupo focal com a escola municipal localizada no entorno da unidade de saúde, para fins de comparação da análise de seu conteúdo. O processo da pesquisa foi pactuado entre as equipes, com anuência dos sujeitos. O processo de análise das mesmas tomou como referência o elenco de temáticas constantes e repetidas, que foram classificadas e analisadas sobre a questão.

Por uma rede de cuidados no território: os CAPS na atenção básica, o matriciamento e as ações de intersetorialidade

Em todo o momento de nossa inserção no território, nosso olhar sobre o cotidiano do cuidado e do território e o trabalho desenvolvido pautaram-se na perspectiva da garantia dos direitos e na autonomia dos sujeitos, ditos dependentes químicos, muitas vezes denominados de 'viciados', 'vagabundos', 'sem-vergonha', 'fracos', 'imorais', 'preguiçosos' e 'doentes', assim enunciados pela grande mídia, que veicula a criminalização da pobreza como um dos males que atinge a sociedade, como se os ditos sujeitos humanos nunca tivessem usado drogas (NERY FILHO, 2012). Conceito que também é reproduzido de forma discursiva pela população, por alguns agentes da saúde e até por parte de religiosos nas comunidades.

A construção dessa rede de cuidados pressupôs a tentativa de inversão de uma lógica pautada no procedimento-centrado na repressão (MACHADO; MIRANDA, 2006), que se estrutura em uma única abordagem dominante sobre o tema: a proibicionista[3], com sua modalidade de intolerância e de internação, e, consequentemente, a abstinência, como a única alternativa para os casos de dependência química ou de uso e abuso de drogas.

Desta forma, para uma ação de base cidadã, territorial e comunitária[4], envolvendo outros equipamentos sociais presentes no Complexo Territorial do Borel, de forma dialógica, intersetorial e transversal, referendamo-nos na política de redução de danos[5] (VELOSO, 2004) e, a depender dos casos psicossociais acolhidos e atendidos, em muitos desses, quando apresentavam comorbidades, o manuseio do uso de medicação e/ou da necessidade de internação pela via dos leitos de atenção integral em saúde mental no hospital geral[6], como possibilidade do trabalho integrado em saúde mental, crack, álcool e outras drogas, no entanto, na forma de curta permanência, acompanhado pela equipe de referência e pela rede do território.

No entanto, nossa inserção no referido território focou o matriciamento[7], ou apoio matricial às equipes da ESF e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com relação ao tema da saúde mental, crack, álcool e outras drogas, principalmente pela possibilidade de um cuidado em rede e no território. Isso se deve, conforme observamos nos espaços da supervisão, juntos às equipes, e pela análise dos dados da pesquisa, a um alto

[3] As políticas proibicionistas concentram esforços na redução da oferta e da demanda por drogas, com intervenções de repressão e criminalização da produção, tráfico, porte e consumo de drogas ilícitas.

[4] Referimo-nos aqui à Portaria 816 do GM/MS, de 30 de abril de 2002, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

[5] As políticas de redução de danos têm disseminado intervenções cidadãs, orientadas para a minimização dos danos à saúde, sociais e econômicos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, sem necessariamente coibi-los.

[6] Recentemente, o Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS 148, de 31 de janeiro de 2012, definiu as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

[7] A respeito da prática do matriciamento e/ou apoio matricial da saúde mental na atenção básica em saúde, consultar: a) BRASIL. Coordenação Geral de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica: O vínculo e o diálogo necessários: Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília: MS, 2003. n. 1; b) CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 393-404, 1999; e c) CHIAVERINI, D. H. et al. (orgs). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2011; COELHO, D. A. M. et al (orgs). Sobre o início do matriciamento em Saúde Mental na cidade do Rio de Janeiro: Reflexões, relatos e recomendações. Rio de Janeiro: PCRJ, 2012.

índice de transtornos mentais e de usuários com queixas de sofrimento psíquico na atenção básica em saúde.

Cabe salientar que os estudos nesse campo revelam que, além dos transtornos mentais comuns, os usuários dos referidos serviços de saúde apresentam queixas de sofrimento difuso, caracterizadas pelas queixas inespecíficas, tais como: estados depressivos, ansiosos e transtornos de somatização, em decorrência, muitas das vezes, de violência doméstica. Além disso, há um aumento expressivo da prevalência de uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas (crack, álcool e outras drogas), que complexificam ainda mais a demanda e, consequentemente, a abordagem desses problemas de saúde.

As estimativas do Ministério da Saúde indicam que cerca de 3% da população brasileira (5,7 milhões de indivíduos), em todas as faixas etárias, necessitam de cuidados contínuos em saúde mental, em razão de transtornos mentais severos e persistentes, como psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves ou deficiência mental, com grande dificuldade de adaptação. Outros 9% (17,1 milhões) precisam de cuidados em saúde mental na forma de consulta médica, psicológica e social, nas diversas abordagens psicossociais, em aconselhamento e nas diversas modalidades em que operam os grupos dessas unidades, por serem transtornos considerados leves. Já os transtornos associados a álcool e outras drogas atingem, aproximadamente, 12% da população acima de 12 (doze) anos de idade, com impacto da dependência de álcool 10 (dez) vezes maior que o conjunto de drogas ilícitas, dentre elas, maconha, cocaína e crack[8].

Nossa equipe PET, composta por profissionais-preceptores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da UERJ e do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPSad) Mané Garrincha, reafirmava o mandato[9] de cuidado em saúde mental no território, constituindo-se também na rede de cuidados, junto à ESF, como uma das formas de articulação possível, através do matriciamento, com os serviços sociais públicos presentes nas comunidades, bem como organizações populares e de iniciativa privada.

Dessa forma, a equipe dos CAPS gerenciava os projetos terapêuticos singulares dos usuários e atuava como matriciadora das equipes básicas de saúde, oferecendo retaguarda especializada às mesmas. O matriciamento é um dos principais pontos na interface saúde mental e atenção básica, que consiste em espaços de discussão de casos e condutas técnicas, numa modalidade de trabalho que envolve a pactuação das ações e o compartilhamento de responsabilidades entre as equipes.

Nesse âmbito, a equipe dos CAPS se torna referência na atenção a essa população adscrita no território, com atendimento ou consulta conjunta, visitas e atendimentos domiciliares, com a consequente capacitação das equipes da atenção básica, incluindo ou não os usuários dos CAPS, a depender de suas demandas e complexidades, ou, conforme for a situação, o acionamento da rede de atenção à saúde, o que inclui os ambulatórios e/ou mesmo as enfermarias, caracterizando-se como uma internação voluntária.

No decorrer de nossa inserção no território, cabe frisar, fomos procurados, inúmeras vezes, de forma particular, reservada, abordados nas ruelas e becos ou em espaços coletivos, por conta da carga negativa, ainda, que o tema envolve – basicamente, pelo estigma e pela vergonha de alguns moradores cujo familiar ou mesmo vizinho ou amigo mais próximo é usuário de drogas –, para esclarecimentos quanto ao trabalho desenvolvido nas unidades de saúde e dos possíveis desdobramentos para o conjunto da comunidade, como um todo, frente ao tema das drogas e a questão da dependência, pois tratar desse assunto ainda é atravessado por tabus, preconceitos e moralismos.

Esse acontecimento inaugurou um analisador do fenômeno, ou seja, demonstrou-nos, com isso, a falta de acesso às informações sobre o tratamento referente à questão das drogas no território, tendo em vista que o imaginário popular opera da seguinte forma na solução do problema: ou na lógica da internação, abstinência ou da repressão, muito reforçado, também, por

[8] Sobre os dados referentes, consultar: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 10, Ano VII, nº 10, Informativo Eletrônico. Brasília: março de 2012. Disponível em <www.saude,gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em 07 jul. 2012.

[9] Referimo-nos à Portaria 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2004).

outros organismos públicos presentes na comunidade e mesmo por organizações não governamentais, com forte conteúdo religioso e moralista para o trato com o consumo e o uso prejudicial de drogas, na maioria das vezes, culpabilizando ou até mesmo criminalizando os próprios usuários. Esses enunciados são pautados nos modelos de doença e moral/prisional.

A crítica às internações compulsórias: questões éticas e de direitos humanos

Essas ações da atenção psicossocial são instrumentos de trabalho que promovem as ampliações das situações que envolvem os usuários moradores do território, a partir do princípio da integralidade do cuidado. Mas os mesmos poderiam ser pessoas em situação de rua também. Essa Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)[10], em implementação na cidade do Rio de Janeiro, embora esteja sob a gestão das OSs (Organizações Sociais), em uma perspectiva perversa de privatização do SUS, na sua parceria público-privada, precisa ser alargada e ampliada para toda a cidade, dada a sua complexidade urbana e territorial, mas de forma pública e responsável.

Esta experiência acadêmico-assistencial, portanto, indica que o trabalho integrado e interdisciplinar das equipes que atuam na atenção básica, no desenvolvimento de suas competências para a realização e operacionalização do cuidado em saúde e saúde mental no território, em parceria com os CAPS, incluindo a ampliação das ESF com a população de rua ou mesmo por meio de novas modalidades, como os Consultórios na Rua, são pertinentes e exitosas.

Contudo, a referida experiência está na contramão do que vem sendo promovido pelos gestores municipal e estadual, quando das suas estratégias políticas de combate ao crack na capital carioca, com a política de recolhimento e internação compulsória, com a remoção da população em situação de rua de forma massificada e com a associação dessa população à dependência química e ao abuso de álcool e outras drogas. Distantes da cidade, os espaços ditos de "acolhimento" apresentam-se na forma de restrição à liberdade, utilizando-se de protocolos assistenciais questionáveis e denunciados por torturas e maus tratos.

Por outro lado, para além desse processo de higienização da cidade, percebe-se a conturbada parceria público-privada com as comunidades terapêuticas, caracterizadas como instituições totais, com explícitas violações dos direitos humanos[11].

> *As comunidades terapêuticas são instituições privadas, grande parte baseadas em práticas religiosas (evangélicas e cristãs, uma afronta aos princípios laicos do Estado) e muitas financiadas pelo próprio Governo Federal. Essa política pública oferta o encarceramento como opção e não tem diálogo com a Rede de Atenção Psicossocial. As comunidades terapêuticas vêm se*

[10] Cabe registrar que, recentemente, o Ministério da Saúde, por conta do Programa Nacional de Combate ao Crack, instituiu a referida Rede de Atenção Psicossocial, que ainda não havia sido regularizada, mesmo com a Portaria 336/2002. Dessa forma, a Portaria GM/MS 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. O órgão destina recursos a serem incorporados ao teto financeiro de média e alta complexidade do Município do Rio de Janeiro, para financiamento das ações emergenciais de Atenção Psicossocial, através da Portaria GM/MS 1.357, de 2 de julho de 2012

[11] Cabe destacar que os equipamentos denominados de Abrigos da rede municipal de assistência social do Rio de Janeiro foram objeto de inúmeras visitas técnicas pelos Conselhos Regionais de Serviço Social e Psicologia, bem como pela Comissão de Defesa dos Direitos Humanos e Cidadania da ALERJ e a equipe do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate a Tortura da ALERJ, que, em forma de relatórios, denunciam os maus-tratos, violências e violações de direitos desses usuários recolhidos, além de diagnosticar o fenômeno da manicomialização pelo processo de assistencialização da política de seguridade social. Ver VVAA, 2012a e 2012b

> *proliferando e se fortalecendo, e contam com apoio de influentes setores políticos. Estas instituições não se configuram como espaços de tratamento, mas sim, de segregação, reeditando o conceito de "tratamento moral" do século XIX, combatido pela reforma psiquiátrica e presente na lei 10.216/01. O investimento financeiro feito em comunidades terapêuticas desvia os recursos de uma política pública afiançada pelos princípios democráticos, de base comunitária, para equipamentos asilares (FRENTE NACIONAL DE DROGAS E DIREITOS HUMANOS (BRASIL), 2012).*

Essas medidas baseiam-se, também, na ampliação de leitos psiquiátricos[12] em instituições asilares ou fechadas, públicas e privadas, além de reforçar a estigmatização, a privação de liberdade e, mais uma vez, a institucionalização, duramente criticada nessas três décadas do movimento da luta antimanicomial, além de ser contrária ao cumprimento do disposto no Artigo 4º da Lei n. 10.216/2001 (BRASIL, 2001), que estabelece que "A internação, em qualquer de suas modalidades ('voluntária', 'involuntária' e 'compulsória'), só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes".

Desta forma, na medida em que os CAPS, enquanto dispositivos assistenciais, identificam-se como unidades de saúde de alta complexidade na atenção aos seus usuários, que dependem de cuidados intensivos, semi-intensivos e não intensivos. Observa-se, contudo, que a política de governo é clara nos seus objetivos, ou seja, por um lado, não investe na ampliação dessa rede de serviços substitutivos, por outro, descaracteriza os princípios do SUS e do SUAS (Sistema Único da Assistência Social) em suas políticas públicas de saúde, saúde mental e assistência social, afirmadas e reafirmadas, respectivamente, nas deliberações da XIV Conferência Nacional de Saúde, na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial e na VIII Conferência Nacional de Assistência Social, além de ferir os compromissos assumidos pelo Brasil na prevenção, promoção e proteção da saúde mental e dos direitos humanos.

Segundo o Relatório de Visitas aos abrigos, da Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro, registra-se que

> *Outra preocupação se dá em torno da deliberada confusão entre assistência social e saúde mental. A híbrida distinção entre usuários que são moradores de rua e dependentes de álcool e outras drogas, desencadeando em um público de saúde mental muito significativo nos abrigos. À guisa de ilustração, cerca de 80% dos usuários do UMRS da Ilha do Governador seriam pacientes psiquiátricos ou de tratamento de álcool e outras drogas – tal fenômeno também fora observado no Rio Acolhedor de Paciência, sendo que este apresenta uma alta rotatividade maior por ser 'porta de entrada'. Nesse prisma, pode ser destacado o forte risco do processo de institucionalização desses usuários, estando na contramão da reforma psiquiátrica (Lei 10216/01), podendo abrir um precedente para o processo de manicomialização pela via da assistência social. (VVAA, 2012a: 26).*

Estamos diante de um retrocesso no que concerne a esse tipo de encarceramento. Retornamos à década de 1920, quando a legislação penal propunha a internação compulsória em estabelecimento correcional adequado, por tempo indeterminado, dos denominados toxicômanos. Contudo, não é difícil entender que a internação em hospitais psiquiátricos tenha se constituído, até os anos 2000, como único recurso terapêutico possível

[12] A ampliação do número de leitos de internação hospitalar/enfermaria, especializados para tratamento de dependentes de crack e outras drogas, em 2.500 unidades, está explícita no Plano de Enfrentamento, no Artigo 5º, §1, Inciso 1, tanto para as iniciativas privadas, como de organização da sociedade civil, o que reforça o modelo hospitalocêntrico tão questionado pelo movimento da luta antimanicomial e implantado a partir das diretrizes e políticas do Ministério da Saúde, com a redução dos leitos psiquiátricos e o investimento e a ampliação da rede de atenção psicossocial no país.

a uma importante parcela de usuários de álcool e outras drogas, por tempo indeterminado, necessário à sua recuperação.

Portanto, diante desse cenário, apesar dos avanços legislativos[13], são vários os ditos modelos de prevenção que têm sido experimentados ao longo da história, contudo, cabe destacar que o modelo proibicionista, baseado na repressão, reclusão e amedrontamento, e que defende uma 'sociedade livre das drogas', é que tem recebido maior investimento público e, ao mesmo tempo, o que tem se mostrado, mundialmente, menos eficaz, pois sequer diminuiu o consumo.

Por outro lado, temos visto que são crescentes os problemas de violência em decorrência da 'guerra às drogas'[14], principalmente nas comunidades de favela da cidade do Rio de Janeiro, território de nossas ações assistenciais, e que têm-se elevado os onerosos gastos e repasses de verbas públicas com um dito modelo de recuperação dos usuários abusivos ou em uso prejudicial em instituições fechadas, muitas dessas, religiosas, que só enriquecem a saúde financeira de seus proprietários, sejam elas as OSs, comunidades terapêuticas e clínicas de recuperação ou psiquiátricas, que pautam suas intervenções na lógica da internação, do isolamento e da segregação – o modelo manicomial-hospitalocêntrico – como única forma de atenção a esses sujeitos. Estabelecimentos que nada têm em seu conteúdo assistencial de terapêutico ou garantam práticas cidadãs e projetos terapêuticos singulares.

Cabe salientar que o campo da saúde,

> *Quando estabeleceu a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas em 2003, o Ministério da Saúde reconheceu que houve um atraso histórico do Sistema Único de Saúde (SUS) na assunção da responsabilidade pelo enfrentamento de problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas. Este atraso remete a dois aspectos que caracterizam a história das intervenções dos governantes brasileiros na área de álcool e outras drogas: as abordagens, intervenções e políticas foram original e predominantemente desenvolvidas no campo da Justiça e da segurança pública; e as dificuldades para o enfrentamento dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas, na agenda da saúde pública (MACHADO; MIRANDA, 2006, p. 802).*

Contraditoriamente, o governo brasileiro continua a se dedicar às ações de repressão ao tráfico, mas também começa a fomentar ações, embora tímidas e pontuais, sem considerar uma rede psicossocial, construída em território nacional, para tratamento e reinserção de usuários de álcool e outras drogas (OLIVEIRA, 2004). Paradoxalmente, nesse contexto, em 2001, foi criada a primeira política nacional antidrogas, que, em 2006, no governo Lula, sofre um realinhamento e se materializa em uma nova política pública sobre drogas, mas, mesmo não sendo, na letra da lei, antidrogas, os usuários continuam sofrendo com as abordagens repressivas e violentas.

Portanto, é nesse âmbito que temos a nova Lei de Drogas e, consequentemente, sua gestão, através da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), vinculada ao Ministério da Justiça, que atua dissociada das políticas dos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) para o trato dessa questão, como vemos no Plano Nacional de

[13] Referimo-nos aqui a um conjunto de leis que vão convergir para a instituição da Política Pública Sobre Drogas, e que, no momento, pode ser alterado de forma conservadora, ao que obtivemos no processo histórico, caso seja aprovado um projeto de lei no Congresso Nacional que prevê mais endurecimento, punição e parceria com as comunidades terapêuticas.

[14] Em decorrência da criminalização do porte e do consumo de drogas ilícitas, tem-se observado uma sobrecarga do sistema de justiça, onerando-o tanto pela lotação de unidades prisionais quanto pelo aumento de investimentos financeiros para a militarização das ações policiais de 'combate' às drogas. Assim, torna-se secundária a redução da demanda promovida mediante as intervenções de prevenção e tratamento dos dependentes químicos.

Enfrentamento ao Crack (2010 e 2011)[15], com enfoque na repressão, criminalização e higienização das cidades, e com pouco investimento e incremento de fato na rede pública de atenção psicossocial do SUS, com serviços abertos, inclusivos, de base comunitária e com recursos humanos adequados.

Ressaltamos, pela experiência aqui relatada, que o trato sobre os usuários de drogas, de forma descriminalizada e isenta de qualquer julgamento moral, põe em questão a temática da intersetorialidade das ações e das políticas. No entanto, temos visto muito mais um enfoque de política de governo do que mesmo de política pública do Estado.

Assim, a construção de uma política inclusivista, humanizada, não discriminatória e que garanta o direito à saúde, à liberdade, à integridade e à dignidade dos usuários de drogas, em situação de rua ou não, pode ser posta em prática, a despeito de um discurso travestido de proteção ao direito à saúde e à vida dos usuários de drogas por parte da administração municipal da cidade do Rio de Janeiro, que, na verdade, vem operando recolhimentos compulsórios, de forma massificada, abusiva, indiscriminada, com maus tratos e violência.

[15] Em 2011, um dos primeiros atos do governo Dilma Rousseff foi o deslocamento da Secretaria Nacional sobre Drogas do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça. Daí, observa-se o trato repressor de combate às drogas, em especial, ao crack, que deveria ser assumido pelo governo federal, iniciado em 2010. No entanto, Pedro Abramovay, o novo titular da SENAD, menos de dez dias após assumir a gestão, em 2011, no Ministério da Justiça, pediu demissão, logo após irritar o governo ao defender, "de cunho pessoal", em entrevista a um jornal de grande circulação, o fim da prisão para pequenos traficantes, permitindo aplicação de penas alternativas para a lei de drogas, principalmente para quem se encontra em situação intermediária entre usuário e traficante, desde que fosse réu primário e não tivesse envolvimento com o crime organizado. A medida ajudaria a aliviar a superlotação carcerária, que de fato só vem aumentando com o passar do tempo e na aplicabilidade dessa lei.

Considerações finais

É possível cuidar sem reprimir. Sob tal perspectiva, articulam-se diversas entidades da sociedade civil, compostas por técnicos, usuários e familiares, através da Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos, e, no caso do Rio de Janeiro, da Frente Estadual de mesmo nome, como tem ocorrido em vários estados do país, com o objetivo de pressionar as gestões públicas para o trato da temática da droga, em consonância com várias experiências e dispositivos que têm sido usados para esse cuidado.

São várias as propostas, mas aqui registramos as que mais têm nos afetado, tais como: Trabalho de capacitação com as equipes de saúde; Abordagem da Redução de Danos com a ESF e NASF, como alternativa à abstinência e à internação compulsória vigentes nos modelos assistenciais; Capacitar a produção do cuidado pela ESF para identificar as doenças orgânicas, o diagnóstico de comorbidades psiquiátricas e o uso de medicação pela ESF, com matriciamento especializado (ainda muito irrisório na rede); Ampliar as intervenções com as famílias sem culpabilização; Reforçar as intervenções locais, criando redes e se articulando com os CAPS no território; Estimular as Intervenções preventivas e suas abordagens, que ainda são insuficientes, sem conteúdo fundamentalista religioso e moralista sobre o tema; Encaminhamentos para Hospital Geral, com a necessidade de ampliação dos leitos de atenção integral em saúde mental do mesmo; Garantia de ampliação, incremento e fortalecimento da rede de atenção psicossocial, com a abertura de mais CAPS, CAPSad, CAPSi, principalmente na modalidade III (24 horas), e outros serviços da rede que possam prover cuidados de urgência, emergência, atenção hospitalar, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil e de Adultos; O incremento das equipes da ESF, dos Consultórios na Rua, bem como dos NASF, como estratégia prioritária no trabalho com os usuários de drogas, diretamente nas cenas do consumo; entre outros.

A cidade do Rio de Janeiro possui um CAPSad para cada um milhão e duzentos mil habitantes. Nesse quadro, temos, irrisórias, cinco unidades para atender

toda a população que faz uso prejudicial de drogas, ainda de forma precária, e o mesmo acontece na gestão e prática das ESF nos territórios e na articulação com tantos outros serviços, também insuficientes para dar conta de uma realidade complexa.

É notório que temos uma fragilidade da rede de atenção psicossocial, mas, mesmo assim, com o pouco que existe, opera-se em consonância com os princípios da atenção integral em saúde e com a política de redução dos danos, visando ao respeito pela dignidade e pela garantia do acesso da população aos seus diferentes direitos humanos, não sendo pautadas na repressão e na segregação.

É necessário frisar que esse complexo da rede de atenção psicossocial é atravessado por disputas de saberes e poderes, que se apresentam em um cenário de diversas ambiguidades no campo de cuidados e atenção aos usuários de drogas. No entanto, o pensamos enquanto processo em construção, tanto a rede como os sujeitos implicados com essa direção estratégica de ação territorial e comunitária, quando a cena da produção do cuidado foca a vida social desses usuários de direitos e cidadania (ZALUAR, 1994).

Hoje, mais do que nunca, há uma convocação dos sujeitos que se afiliam a essa perspectiva política – de forma articulada, apesar das diferenças, em nome da construção e da defesa do campo psicossocial – a uma resposta pública, a partir dos novos cenários de privatização da saúde, da saúde mental e do SUS, bem como do retrocesso em curso da política pública de saúde mental, quando da imposição de uma política de governo enquanto estratégia de repressão, com as internações e recolhimentos compulsórios nas cidades, sejam crianças, adolescentes e adultos em situação de rua, sejam femininos ou masculinos, violados em seus direitos e criminalizados pela sua condição social e econômica (pobres), pela sua raça-etnia (a maioria é negra) e pelos seus modos de andar a vida. ■

Referências

ACSERALD, G. (org.) *Avessos do prazer*: drogas, AIDS e direitos humanos. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Caderno de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n.11, p. 2309 – 2319, nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados* – 10, a. VII, n. 10.Brasília: MS, mar. 2012. Disponível em: <www.saude,gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em 07 jul. 2012.

_____. *Portaria GM/MS Nº 3.08,8 de 23 de dezembro de 2011*. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>. Acesso em 07 jul. 2012.

_____. *A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

_____. *Legislação em Saúde Mental*: 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. *Saúde Mental e Atenção Básica: O vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. *Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001*. Brasília: Congresso Nacional, 2001.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 393-404, 1999.

CHIAVERINI, D. H. *et al*. (orgs). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde; CEPESC/UERJ, 2011.

COELHO, D. A. M. *et al* (orgs) *Sobre o início do matriciamento em Saúde Mental na cidade do Rio de Janeiro*: reflexões, relatos e recomendações. Rio de Janeiro: PCRJ, 2012.

FRENTE NACIONAL DE DROGAS E DIREITOS HUMANOS (BRASIL). *Carta de Apresentação da Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos*. Brasília, 2012. Disponível em: <http://drogasedireitoshumanos.org/2012/06/25/carta-de-apresentacao-da-frente-nacional-drogas-e-direitos-humanos/>. Acesso em 07 jul. 2012.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 801-821, jul./set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/06.pdf> . Acesso em 30 jul. 2012.

NERY FILHO, A. *et al*. (orgs). *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: EDUFBA, CETAD/UFBA, 2012.

OLIVEIRA, C. J. O Enfrentamento da dependência de álcool e outras drogas pelo Estado brasileiro. In: BRAVO, M. I. S. *et al*. (orgs). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2004.

VELOSO, L. H. P. *et al*. Redução de Danos decorrentes do uso de drogas: uma proposta educativa no âmbito das políticas públicas. In: BRAVO, M. I. S. *et al*. (orgs). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2004.

VVAA. *Relatório de visita aos abrigos da Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: MEPCT--ALERJ, CRESS e CRP, 2012a.

VVAA. *Relatório de visitas aos "Abrigos Especializados" para crianças e adolescentes.* Rio de Janeiro: CDDHC-ALERJ, 2012b.

ZALUAR, A. (org). *Drogas e Cidadania*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

Recebido para publicação em abril/2013
Versão final em junho/2013
Conflito de interesse: Não houve.
Suporte financeiro: Financiado pelo Ministério da Saúde.

Crack, a pedra lançada no SUS: desafios para uma atenção necessária

Crack, the stone thrown at the SUS (Unified Health System): challenges for attention required

Renata Barreto de Almeida[1], Marcus Túlio Caldas[2], Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque[3], Alda Roberta Campos[4]

[1] Mestre em saúde coletiva pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Recife (PE), Brasil. Psicóloga do Instituto Federal do Rio Grande do Norte (IFRN) e membro do Grupo de Estudos em álcool e outras Drogas da Universidade Federal do Pernambuco (GEAD/UFPE) – Recife (PE), Brasil.
rorameh@yahoo.com.br

[2] Doutor em psicologia na área de família e saúde pela Universidade de Deusto, Bilbao, Espanha. Membro do Laboratório de Clínica Fenomenológica Existencial da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP) – Recife (PE), Brasil. Professor da graduação em psicologia e da pós-graduação (mestrado e doutorado em psicologia clínica) da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP) – Recife (PE), Brasil.
marcus_tulio@uol.com.br

[3] Mestre em saúde coletiva pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Recife (PE), Brasil. Psicóloga do Instituto Federal do Rio Grande do Norte (IFRN) e membro do Grupo de Estudos em álcool e outras Drogas da Universidade Federal do Pernambuco (GEAD/UFPE) – Recife (PE), Brasil.
rorameh@yahoo.com.br

[4] Especialista em Psicologia da Família e em Saúde Coletiva pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) – Campo Grande (MS), Brasil. Supervisora da Escola de Saúde, Centro de Prevenção as Dependências. Supervisora clínica e institucional da Rede de Atenção a Saúde Mental do município do Cabo de Santo Agostinho (PE), Brasil.
aldaroberta@me.com

RESUMO: Com o objetivo de cartografar a experiência de usuários de crack em Recife, este estudo foi desenvolvido com usuários de crack em tratamento, totalizando 12 entrevistas. A pesquisa foi qualitativa de inspiração fenomenológica pautada no pensamento de Husserl e1 no método de Giorgi. Este método inclui 04 passos: O sentido do todo; Discriminação de Unidades de Significados; Compreensão psicológica das Unidades de Significados; Composição de sínteses específicas e gerais. As Unidades de Significado apontaram diversos aspectos e nesse artigo destacaremos 04: O crack como experiência de ser dependente; As marcas do início de um caminho. O significado do encontro com a pedra; e a sensação do consumo do crack. Diante da complexidade das questões, grandes desafios estão postos para o cuidado aos usuários de crack. Torna-se fundamental uma reflexão contínua sobre essa prática.

PALAVRAS CHAVE: Pesquisa qualitativa; Cocaína; Crack; Saúde Pública.

ABSTRACT: *In order to map the experience of crack users in Recife, this study was developed with crack users in treatment, totaling 12 interviews. The research was qualitative phenomenological inspired by Husserl's theory and Giorgi's method. This method includes 04 steps: The sense of the whole; Discrimination Unit Meanings; Psychological comprehension of the Units Meanings; composition syntheses specific and general. Units of Meaning pointed several aspects and in this article we will highlight 04: The crack as the experience of being dependent; The marks of the beginning of a path; The significance of the encounter with the stone; and feeling the consumption of crack. Given the complexity of the issues, major challenges facing the care of crack users. It is fundamentally a continuous reflection on this practice.*

KEYWORDS: *Qualitative research, Cocaine, Crack, Public Health*

Introdução

Consumir drogas, segundo Bucher e Lucchini (1992), corresponde a uma prática milenar e universal. Desde os primórdios da humanidade, o consumo de drogas está presente em todas as sociedades, porém, esse consumo varia de acordo com o modo de uso, seus objetivos e seu alcance. Portanto, o uso de drogas data de tempos remotos e envolve questões culturais, religiosas, econômicas, políticas e sociais.

Simões (2008) afirma que o consumo de substâncias psicoativas popularmente chamadas como "drogas" é um fenômeno recorrente e disseminado nas sociedades humanas, em diferentes momentos de suas histórias. "Drogas" não são somente compostos dotados de propriedades farmacológicas determinadas, que possam ser natural e definitivamente classificadas como boas ou más. Sua existência e seus usos envolvem questões complexas de liberdade e disciplina, sofrimento e prazer, devoção e aventura, transcendência e conhecimento, sociabilidade e crime, moralidade e violência, comércio e guerra.

Várias são as substâncias que no decorrer de nossa história foram utilizadas de diversas formas e para diferentes fins. Poderíamos dedicar todo este trabalho para uma análise geral do consumo de drogas em nossa sociedade, mas essa não é a temática que nos inquieta. Diante de nossos estudos, ficou muito claro que o uso de substâncias psicoativas, para tirar o ser humano de seu estado de consciência, sempre pertenceu à história da humanidade, sempre fez parte das experiências individuais e coletivas da nossa sociedade em suas diferentes culturas.

Apesar de ter claro todo esse contexto histórico do uso das drogas pelos seres humanos, uma substância, em especial, nos provocou maior curiosidade, tanto de conhecer a sua história de consumo, quanto como chegou à atualidade de forma tão devastadora. Na verdade, sentíamos a necessidade de conhecer o caminho traçado pelo homem para chegar ao uso do crack, um derivado da cocaína, planta utilizada há tempos remotos para diferentes finalidades. Essa curiosidade surgiu a partir do momento em que nos questionávamos a respeito das pessoas que utilizam essa droga. O que existe de diferente em sua composição que traz tamanha compulsão? Para isso foi preciso conhecer a fundo de que substância estávamos falando e porque, hoje, o crack se transformou numa grande preocupação para a saúde pública.

Assim, da folha à pasta, da pasta ao pó, do pó à pedra foi se constituindo o caminho farmacológico do crack, substância tão utilizada na atualidade que vem ganhando a conotação de destruição, devastação, compulsão.

Segundo Ferreira e Martini (2001) o envolvimento humano com substâncias psicoativas, em especial a cocaína, remontam a um passado longínquo. O abuso de cocaína tem suas raízes nas grandes civilizações pré-colombianas dos Andes que, há mais de 4500 anos, já conheciam e utilizavam a folha extraída da planta *Erythroxylon coca* ou coca boliviana. Para Bucher (1992) esses vestígios antigos demonstram o valor cultural, religioso e também alimentício da planta.

Bucher e Lucchini (1992) acrescentam que, além do valor cultural e religioso da coca, expresso nos rituais das celebrações indígenas, cabe mencionar dois aspectos importantes para compreender melhor a presença contínua da planta no cotidiano dos andinos: os valores medicinais e alimentícios. Enquanto valor medicinal as folhas da coca constituem, hoje como antigamente, uma das peças chave da farmacopeia andina. Elas são usadas contra distúrbios intestinais e diarreias, para curar reumatismos, luxações e contusões, dores de dente e convulsões entre outras; enquanto valor alimentício as folhas secas da planta contém mais calorias do que a maioria dos alimentos sul-americanos, como milho, mandioca e feijão; elas são ricas em proteínas, glicídios, cálcio, fósforo e ferro, e contém numerosos microelementos e vitaminas indispensáveis para a alimentação humana.

Ferreira e Martini (2001) comentam, ainda, que os primeiros relatos europeus sobre esse vegetal são de autoria de Américo Vespúcio (1499), publicados em 1507, nos quais descreve a coca sendo mastigada com cinzas. A sua ação farmacológica, quando mascada, é semelhante ao estímulo provocado pela ingestão de doses elevadas de cafeína, não sendo, no entanto, acompanhada de euforia. Os hispânicos não reconheceram esse

valor cultural, e, em 1551, o Conselho Eclesiástico de Lima declarou ser a coca "uma planta enviada pelo demônio para destruir os nativos"; ela seria um obstáculo para a difusão do cristianismo, explicando o insucesso de muitas campanhas de conversão. A proibição não durou muito tempo, pois os espanhóis constataram que os índios não conseguiam fazer o trabalho pesado sem o uso de coca. Em 1569, o Rei Felipe II da Espanha declarou o ato de mascar a coca como um hábito essencial à saúde do índio.

Segundo Nappo (1996); Ferreira e Martini (2001); Oliveira (2007), entre os anos de 1859 e 1860, o químico Albert Niemann isolou, pela primeira vez, o alcaloide principal das folhas de coca, denominando-o por cocaína, sendo que em 1898 foi descoberta a fórmula exata de sua estrutura química. Em 1902, Willstatt (prêmio Nobel) produziu cocaína sintética em laboratório. Sob a forma de cloridrato de cocaína, a cocaína forma um pó branco cristalino (FERREIRA; MARTINI, 2001).

A cocaína, de nome químico *benzoylmethylecgonina,* é anestésico local com propriedade simpatomimética, que produz resposta estimulatória sobre o Sistema Nervoso Central (SNC) pela qual é comumente empregada como fármaco de abuso ou com fins recreativos. A capacidade de produzir reforço positivo é atribuída à ação sobre as vias dopaminérgicas mesocortical e mesolímbica, comumente envolvidas nos mecanismos de euforia (OLIVEIRA, 2007).

Segundo Nappo (1996), a latência para o início dos efeitos da cocaína e a intensidade dos mesmos depende da via utilizada. As vias endovenosas e pulmonares dão curvas praticamente indistinguíveis no pico de concentração plasmática e na dissipação destes níveis. As vias orais e nasais também se equivalem nos tempos para atingir os valores de concentração e dissipação plasmática, tempos esses que são maiores do que para aqueles das outras duas vias.

Apesar do pico de concentração plasmática ocorrer imediatamente após a injeção de cocaína, não é através dessa via que os efeitos centrais dessa droga dão-se mais rapidamente. Enquanto que pela via venosa os efeitos surgem em 3 a 5 minutos, pela pulmonar, a droga alcança o cérebro em 10 a 15 segundos.

O crack, segundo Nappo (1996), é absorvido através da árvore brônquica, alcançando os alvéolos, região muito vascularizada e extensa levando a uma absorção instantânea. Por esta via há um "desvio" do sistema nervoso porque o fluxo venoso sanguíneo dos pulmões ao coração é impulsionado diretamente através da veia pulmonar e desta à aorta, indo para a circulação cerebral, encurtando o caminho para o SNC. Por outro lado, a via intravenosa é mais longa que a anterior por seguir o sistema de retorno do sangue venoso através da veia cava para o lado direito do coração, daí para os pulmões, antes de retornar ao lado esquerdo do coração para a distribuição ao cérebro.

Segundo Oliveira (2007), a influência no poder de decisão e adesão a uma droga depende não só dos aspectos farmacocinéticos e farmacodinâmicos, acima descritos, como também de fatores ambientais e sociais. Destaca a facilidade de acesso (em termos de preço e distribuição) que possibilita que pequenas quantidades de cocaína de alta qualidade se tornem disponíveis a pessoas de baixa condição socioeconômica e a estudantes de ensino médio. A facilidade do uso também deve ser considerada. Como o crack é fumado em cachimbos ou cigarros, o uso da parafernália e da variedade de reagentes químicos então empregados ao uso de injetáveis tornou-se desnecessária, facilitando assim o uso e a adesão ao crack. Além disso, socialmente, o ato de fumar é amplamente aceito e os riscos associados ao crack, no que se refere ao contágio e transmissão por HIV, tem sido compreendidos como consideravelmente menores.

Segundo os estudos de Ribeiro & Perrenoud (2010), o crack surgiu entre 1984 e 1985 nos bairros pobres e marginalizados de Los Angeles, Nova York e Miami. A droga era obtida através de um processo caseiro e utilizada em grupos, dentro de casas com graus variados de abandono e precariedade (*crack houses*). Os cristais eram fumados em cachimbos e estralavam quando expostos ao fogo, característica que lhe deu o nome. A utilização dessa substancia produzia uma euforia de grande magnitude e de curta duração, seguida de imensa fissura e desejo de repetir a dose.

Estudos de Duailibi, Ribeiro, e Laranjeira (2008) mostram que o perfil dos usuários de crack são de jovens, desempregados, baixa escolaridade, baixo poder

aquisitivo, proveniente de famílias desestruturadas, com antecedentes de uso de múltiplas drogas e comportamento sexual de risco. Entre os usuários de crack, o padrão compulsivo de consumo é o mais recorrente, com duração de vários dias e múltiplos episódios, intercalados, muitas vezes, por crimes aquisitivos pela falta de dinheiro para comprar mais droga e interrupção condicionada à exaustão física e psicológica (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Diante da magnitude do problema, estudar as implicações do consumo do crack em nossa sociedade é de fundamental importância para a Saúde Pública, uma vez que, na atualidade, o tema vem sendo amplamente discutido em todos os segmentos sociais e o consumo desta droga continua crescendo na população como um todo. Várias são as pesquisas epidemiológicas sobre o tema, porém, pouco se sabe sobre questões mais subjetivas desse usuário, principalmente: como se sentem como dependentes do crack? Como foi o percurso de uso até chegar à dependência química? Qual o significado do crack na vida do usuário? E qual a sensação descrita por eles? Enfim, vários são os questionamentos elencados para justificar o tema escolhido nesta pesquisa.

Metodologia

Esse trabalho foi desenvolvido a partir de um método qualitativo numa perspectiva fenomenológica. Para Dencker (2001), na pesquisa qualitativa, a preocupação com o processo é muito maior do que com o produto; o interesse do pesquisador é verificar como, e de que maneira, o problema se manifesta no cotidiano.

De acordo com Moreira (2004), a pesquisa qualitativa envolve a obtenção de dados descritivos, provenientes do contato direto do pesquisador com a situação estudada, enfatizando a perspectiva dos participantes e seus significados. O foco é no ser humano, enquanto agente, e sua visão do mundo é o que se busca. Não há uma busca pela generalização, porque são os fenômenos individuais ou experimentados na amplitude social que são estudados no campo das Ciências do Homem. Obviamente, não são reproduzíveis, e o que se quer na pesquisa qualitativa é, de modo deliberado, conhecer cientificamente o particular.

Nesse contexto, o principal objetivo da pesquisa fenomenológica é apreender o sentido da vivência imediata para uma pessoa em uma determinada situação (FORGHIERI, 2002). Há uma preocupação com o vivido e a aproximação do que nele está contido como significado potencial frente a uma problemática trazida pelo pesquisador. É diante dessa indagação que o vivido se manifesta. Segundo Amatuzzi (2001) o vivido, então, é a nossa reação interior imediata àquilo que nos acontece, considerada anteriormente a qualquer reflexão e elaboração posterior por parte do sujeito. Essa definição traz consigo a possibilidade de denominar o vivido como experiência imediata ou sentimento primeiro. É esse vivido que se manifesta ao pesquisador como resposta a uma pergunta que ele traz.

Holanda (2002), afirma que com a fenomenologia, Husserl sugere o "retorno as coisas mesmas", à essência dos fenômenos, e isso só se tornou possível por meio do seu método de investigação filosófica, o qual foi chamado de redução fenomenológica.

A redução fenomenológica é o método básico da pesquisa fenomenológica. Nesta, o pesquisador não duvida da existência do mundo, mas a coloca entre parênteses, pois o mundo existente não é o tema verdadeiro, e sim a forma como o conhecimento do mundo se revela. O pesquisador suspende suas crenças acerca da existência externa dos objetos da consciência e também suas opiniões. Examina os conteúdos da consciência, não para determinar quais são reais ou não, mas para vê-los como tal e descrevê-los puramente (MOREIRA, 2004).

Segundo Giorgi (2008) adotar a redução fenomenológica leva, de um lado, a excluir os acontecimentos passados relativos a um fenômeno, a fim de apreendê-lo em toda a inocência e descrevê-lo exatamente tal como se tem dele a experiência; e, de outro, a reter todo o indício existencial, ou seja, a considerar aquilo que é dado, unicamente tal como é dado, a saber, uma presença ou um fenômeno. É por meio da análise fenomenológica que se torna possível retornar ao vivido e ao sentido que nele está contido, sempre diante das indagações do pesquisador.

Retomando os conceitos de Husserl, que propôs a redução fenomenológica como método para se chegar à essência do fenômeno, alguns pesquisadores da psicologia transpuseram tal compreensão para a área da pesquisa (HOLANDA, 2002). Um exemplo disso são os passos de análise propostos por Giorgi (2008) os quais foram escolhidos para a elaboração dessa pesquisa, pois permitem que experiências potenciais importantes possam ser trazidas à luz, desvelando o fenômeno que se deseja apreender a partir de uma pergunta disparadora.

Segundo a proposta de Giorgi (1985, 2008) os dados podem provir de uma simples descrição ou de uma entrevista, ou da combinação das duas. As questões são amplas e abertas, a fim de deixar o sujeito exprimir abundantemente seu ponto de vista. O que se pretende obter é uma descrição concreta e detalhada da experiência e dos atos do sujeito, que seja tão fiel quanto possível ao que ocorreu, tal como ele o viveu. Após a coleta dos dados, alguns passos são seguidos, para que o método proposto seja corretamente desenvolvido:

1º passo - deverá buscar-se o sentido do todo, a partir da leitura do depoimento do sujeito. Teremos a visão global das descrições, visando captar seu sentido diante dos objetivos da pesquisa. O pesquisador deve fazer a leitura das descrições quantas vezes forem necessárias. Não se buscará tematizar cada um dos aspectos da descrição com base na leitura global. Nesse momento, se evitará tematizar cada um dos aspectos da descrição e se buscará o sentido do todo.

2º passo - haverá a discriminação das Unidades de Significado (US). Para a divisão do texto em US, o pesquisador volta a recorrer ao texto transcrito, na íntegra, para sensitiva e espontaneamente perceber os momentos em que ocorreram mudanças na temática estudada, procedendo a uma quebra do texto. Cada vez que o pesquisador percebe uma mudança de sentido, ele posiciona a direção e, depois, prossegue sua leitura até a US seguinte e, assim, sucessivamente. As US não existem como tais "nas descrições", mas resultam da atitude e da atividade do pesquisador.

3º passo - se dá no sentido da compreensão psicológica de cada US através da transcrição de cada uma delas em linguagem psicológica. Esse item é conseguido através de um processo de reflexão e variação imaginativa. Interessa, ao pesquisador, a profundidade adequada para o entendimento das vivências. Uma vez constituídas as US, elas são examinadas, exploradas e descritas novamente, de modo a tornar mais explícito o valor de cada unidade em relação à disciplina.

4º passo - se dá no sentido da interpretação das descrições, através da composição de sínteses específicas e gerais, extraindo-se daí a estrutura do vivido. Essa etapa é obtida através de informações das US em declarações consistentes da estrutura do fenômeno. Na síntese final, que permitirá ao pesquisador integrar as compreensões contidas no processo, todas as US transformadas devem ser levadas em consideração.

A coleta de dados

A pesquisa foi desenvolvida em unidades de tratamento para a dependência química no município de Recife. Na rede pública os seis CAPSad do Município foram contemplados na pesquisa, e o Instituto RAID representando a rede privada de tratamento.

Todas as entrevistas foram feitas em espaço adequado quanto à ventilação e ao isolamento acústico para que o usuário sentisse conforto e segurança com relação ao sigilo do que era descrito em sua experiência com o crack.

Considerando o método qualitativo, foi decidido, pela seleção intencional da amostra, escolher aqueles participantes que estivessem vivenciando o fenômeno sob estudo, os denominados casos ricos em informação. Buscou-se a maior variedade possível de casos, de maneira a contemplar as diferentes formas de viver o fenômeno.

Assim, a pesquisa foi realizada com 12 usuários de crack indicados pelas equipes técnicas das instituições que participaram da pesquisa, sendo 10 do sexo masculino e dois do sexo feminino, com idades que variaram entre 19 e 39 anos. Os critérios de inclusão dos participantes foram: ser maior de 18 anos, estar em qualquer modalidade de tratamento nas instituições escolhidas para o desenvolvimento da pesquisa e ter a capacidade de responder a pergunta disparadora formulada na entrevista, de uma forma organizada e coerente, para que

sua experiência diante do consumo de crack pudesse ser compreendida sem muita interferência do pesquisador.

Os nomes dos entrevistados, nesta pesquisa, foram substituídos por uma pedra preciosa, a fim de que o sigilo pudesse ser preservado. Os participantes da pesquisa distribuíram-se quanto idade, sexo e pedra preciosa.

Resultados

Antes de analisar as Unidades de Significado (US) referentes às experiências dos usuários, acreditamos que seja importante algumas reflexões acerca das entrevistas e dos usuários que participaram da pesquisa. Na metodologia, a opção foi por desenvolver o trabalho de campo em instituições públicas, CAPSad, e no Instituto RAID, uma instituição privada. Apesar dessa distinção, não houve a pretensão de fazer nenhum estudo comparativo. Apenas a busca pela escuta das experiências de usuários em contextos diferentes.

O tempo de uso da droga entre os usuários entrevistados variou entre 3 e 19 anos. Dos 12 entrevistados apenas 4 tinham menos de 5 anos de uso do crack, o que, de certa forma, vai de encontro ao que é divulgado na mídia: os usuários de crack têm pouquíssimo tempo de vida. Alguns relataram um tempo significativo de controle no uso do crack, outros trazem a compulsão precocemente. Em seus relatos, é nítido um uso prejudicial do crack, mas não, necessariamente, um uso que leve à morte. Isso nos faz questionar: é possível que algumas pessoas consigam estabelecer estratégias para que o consumo do crack possa existir sem o estigma da morte tão presente? Claro que, como dito anteriormente, todos trazem, ao final de suas experiências, uma compulsão muito grande, um uso prejudicial intenso, que os levaram a procurar ajuda, tendo aderido a um tratamento. Neste trabalho, não pudemos tirar conclusões mais detalhadas diante dos tipos de usuários de crack, uma vez que esse não era o objetivo da pesquisa, mas esse questionamento despertou uma curiosidade que pode ser foco de um outro trabalho científico junto a essa população.

Outro ponto a ser destacado é que todos os usuários participantes da pesquisa já tinham experiências com outras drogas, sejam lícitas ou ilícitas, onde o álcool sempre foi a mais citada. Essa característica já foi apontada anteriormente por um estudo desenvolvido por Sanchez e Nappo (2002). No presente trabalho, além do álcool ser a droga mais citada, vários usuários o referem como uma substância gatilho para o uso do crack, isto é, após o uso do álcool, a compulsão ou a falta de controle diante do crack aumenta bastante.

Enfim, depois dessas considerações, partiremos para a compreensão das US referentes às experiências de ser dependente; as marcas do início de um caminho e o significado do encontro com a pedra – a descoberta de uma pedra preciosa e a sensação do consumo do crack. As Unidades de Significado são as temáticas mais importantes das experiências de cada usuário.

O crack como experiência de ser dependente

Esta Unidade de Significado (US) retrata como os usuários conseguiram descrever o que é estar dependente do crack. A grande maioria retrata esta experiência de uma forma bem significativa e intensa. A falta de controle sobre a substância é algo marcante nesse momento. São frequentes as internações hospitalares como consequência desse uso intenso. Os usuários relatam outras 'internações' que podem ser em diversos locais, onde durante dias consomem crack praticamente sem intervalo e sem envolvimento em outras atividades. Dos 12 usuários entrevistados, 8 trouxeram esta US como uma experiência característica do uso do crack, nenhuma outra droga traz tanta dependência e compulsividade. Alguns trechos retratam essa experiência.

> *"Quando eu começava não queria parar não ... depois que eu tive um ataque de convulsão, quase que eu morria... Eu tive um ataque porque usei 50 gramas em 3 dias, sozinho, ai fui parar no hospital morrendo, os caras me internaram porque eu estava fraco demais, estava com 40 quilos. Fui internado no Getúlio e passei 6 meses lá, fiz um bocado de exame pra ver se eu tinha alguma coisa, mas não deu nada*

não. Eu saí, ainda fiz uso e depois vim pra cá." (Rubi, M, 19a.).

"É muito difícil parar e quando tinha muita, porque eu sempre só fumava de muito, eu ficava lá, não saia não, só saia quando acabava, passava a noite todinha e o dia. Cheguei a passar 2 dias direto sem dormir. E tomo fumando, via a hora dá uma overdose mesmo. Já caí uma vez no chão batendo por causa do crack, começo de overdose. E ai, continuei direto, na mesma hora quando eu levantei assustado, continuei fumando, não tive aquela sensação de parar na hora, já que eu cai batendo ali, continuei fumando direto. Eu sou viciado mesmo". (Quartzo, M, 20a.).

"Me viciei e o corpo começou a pedir a droga... todo dia tinha que ter a minha pedra por que eu não conseguia dormir, eu não conseguia comer se eu não tivesse usado ela pelo menos uma vez ao dia é... o corpo pedia, o corpo já estava pedindo aquela pedra. Tinha vez que eu sentia muita tontura, tinha alucinações... A adrenalina era tanta que era um desejo de não parar mais, de morrer, se a pessoa morre ali se tiver, vamos dizer um quilo ele fuma aquilo tudo". (Água-marinha, M, 32a.).

"Nunca consegui me prender a nada disso, como me prendi ao crack de passar 2, 3 dias no mesmo lugar, com a mesma roupa, sem tomar um banho e fumando, fumando e fumando... Nunca, nunca aconteceu isso."(Topázio, M, 29a.).

"Na primeira internação minha eu passei 8 horas vomitando, por conta da abstinência sem o uso da droga, o corpo pedindo. Isso é o físico. O psicológico é a irritação, irritabilidade, você se tornar agressivo, não ter paciência com ninguém, você nem se aguentava. Você não pode nem olhar para o espelho. O físico chegou a um ponto de eu até vomitar antes de usar, com a ânsia de fazer o uso, de ter o prazer daquele momento e esse prazer de eu ter antes era quase fatal, eu buscava esse prazer sempre, sempre e sempre, podia ter todos os dias, todos os dias." (Turquesa, M, 23a.).

"... só via a pedra e a maconha, a pedra e a maconha. Minha mãe, meu pai, minha família todos ficam pra depois, tudo fica pra depois. Enquanto eu não terminar eu não vou, é um exemplo de quem usa o crack ou o mesclado, o isolamento de sair nervoso quando acaba sai nervoso procurando em tudo quanto é canto pede dinheiro emprestado." (Pérola, F, 21a.).
"O crack você sonha com o crack, você sonha fumando, você sonha comprando, você sonha e você acorda e você vai atrás e ele começa a fazer parte de grande parte do seu cotidiano se volta para o uso ou a recuperação ou a compra do crack, ou seja ele chega e domina, domina mesmo." (Diamante, M, 30a.).

Na dramaticidade das Unidades de Significado acima podemos observar o quanto o corpo de cada um sente a falta da substância. Água-marinha, Turquesa e Diamante retratam bem esse contexto. São sensações de insônia, inapetência, sonhos, compulsão. É muito difícil controlar o uso nessa fase de descontrole da droga. Tudo leva ao consumo, tudo pede a droga.

A experiência de internações também é outro aspecto bem significativo na vida desses usuários quando referem a consciência da dependência. Rubi e Turquesa retratam esse aspecto como o final do túnel. Não existia outra opção a não ser a internação. São convulsões, fraqueza, incapacidade de controlar o uso que beira a *overdose.* Ou a internação ou correr o risco de morrer usando o crack.

Descrever essa experiência é descrever a compulsão, a falta de controle. É ter a certeza de que não consegue viver sem consumir aquela substância, a liberdade de escolha desaparece e dá lugar a dependência, a falta de escolha, como afirma Pérola, 'tudo fica pra depois'. São horas, dias a fio consumindo sem parar por mais

que o limite do corpo aponte para o insuportável. É a dependência!

Quartzo e Topázio falam do uso compulsivo e ininterrupto por dias. O crack passa a ser a única atividade nesse período, sem alimentação ou qualquer outro cuidado com o corpo, consigo mesmo. Quartzo refere, inclusive, uma experiência de convulsão que não o impediu de retomar o uso assim que voltou ao seu estado de consciência. Todos têm a certeza que se tornaram dependentes dessa pedra.

As marcas do início de um caminho

Esta Unidade de Significado traz o que levou os usuários a experimentarem o crack. Quais as principais motivações na experiência de cada um que fez com que o crack entrasse em suas vidas. Assim:

> *"Eu comecei a usar o crack porque a turma falou que era bom, eu vi a turma usando..." (Ágata, M, 34a.).*

> *"Eu entrei no crack no momento que eu estava trabalhando, com muito dinheiro, já tinha me envolvido com cocaína que é uma droga estimulante, e pela falta do uso da cocaína eu experimentei o crack com um amigo". (Turquesa, M, 23a.).*

> *"Veio substituindo a cocaína que eu era dependente de cocaína, ai como a cocaína era um material muito caro aqui, ai me foi apresentado ao crack." (Turmalina, M, 37a.).*

> *"Eu conheci o crack quando eu ia pra uma confraternização toda quarta-feira com os amigos em Aldeia, jogar futebol e tinha sempre o ritual: o pessoal bebia, cheirava lança, fumava maconha, tinha o uso de drogas até que apareceu o crack. E ai eu experimentei sem saber na maconha, senti uma sensação diferente, uma euforia e gostei do primeiro momento do efeito, perguntei o que era e me disseram." (Ametista, M, 37a.).*

> *"É as pessoas começaram a deixar de fumar a maconha pra começar a fumar o mesclado que era a maconha misturado com o crack e eu comecei a experimentar também de uma maneira bem inconsequente e irresponsável." (Diamante, M, 30a.).*

> *"O crack você fuma a princípio, da minha parte e acredito da parte de todos por curiosidade." (Safira, M, 30a.).*

Nessa Unidade de Significado podemos perceber a influência dos amigos como fator que mais levou esses usuários a consumirem o crack pela primeira vez, seguido da curiosidade em saber qual a sensação diante daquela droga tão falada. O ambiente é um fator facilitador para esse consumo inicial, o que se contrasta com o experimentado no momento da compulsividade em que o uso passa a ser bem individualizado. Na compulsão os usuários optam pelo isolamento para evitar sensações maiores na paranoia. Quanto mais gente ao redor, maiores os delírios de perseguição.

Turquesa e Turmalina trazem a falta ou o alto valor da cocaína como fator decisivo para o início do uso de crack. Ambos faziam uso da substância em pó, da forma intranasal e pela dificuldade de continuar este uso elegem o crack para substituir esse consumo. Percebem um efeito mais intenso e optam pelo uso do crack a partir de então.

Ametista traz um fato interessante, iniciou o uso do crack sem saber que o estava consumindo. Era usuário frequente de maconha e, como sempre fumou esta droga, se deparou com uma sensação diferente. Quando procurou saber, descobriu que na verdade estava fumando o mesclado (maconha e crack). Gostou da nova sensação e deu continuidade ao uso até à compulsão.

Vários são os fatores que levam as pessoas a usarem essa ou aquela substância. É curioso que no senso comum o consumo de drogas ditas 'pesadas' é sempre apontado como algo negativo, isto é, que aquela pessoa está passando por muitos problemas e que a droga

chega para resolvê-los. Nas experiências desses usuários, o crack aparece de uma forma muito tranquila, por curiosidade, para se sentir pertencendo a um determinado grupo de amigos, enfim, como em qualquer outra droga se busca as sensações que a mesma traz, o fato de sair daquele determinado estado de consciência, movimento tão característico do ser humano.

Ter a curiosidade para experimentar novas sensações e ao mesmo tempo o desafio de controlar o uso da substância, o que muitos não conseguem, é um fato que acompanha o início do uso do crack. As pessoas até sabem que é uma droga que pode levar rápido à compulsão, mas sempre pensam que consigo será diferente.

O significado do encontro com a pedra – a descoberta de uma pedra preciosa

Neste momento os usuários trazem a experiência simbólica do que o crack representa na vida deles. Tentam comparar o uso com algo mais palpável em um esforço para explicar o que se sente quando do uso da substância. São comparações surpreendentes, várias relacionadas a um prazer muito grande.

> *"Eu achei a droga um... como uma libertação, eu estava usando ela pra me libertar dos meus problemas."[...] Depois que eu usava o crack eu me sentia uma pessoa intocável, eu me escondia, o povo não me via, me sentia invisível para o mundo depois que eu usava ele eu me sentia mais forte, mais animado... porque a sensação do crack é como se fosse... a pessoa tivesse fazendo sexo e tivesse vários prazeres juntos é como se diz um atrás do outro. E eu procurei o crack já por isso na minha solidão." (Água-marinha, M, 32a.).*

> *"... aí pra mim já começou a ser assim , uma válvula de escape, porque qualquer problema que eu tinha, eu já ia procurar a substância, eu já ia procurar me drogar." (Topázio, M, 29a.).*
> *"O poder da droga do crack é um... pronto, não tem o super homem, é igualzinho a criptonita, ele não pode chegar perto da criptonita. O poder do crack é isso, você não pode nem ver." (Turquesa, M, 23a.).*

> *"... então te dá uma sensação de alívio, você tira um peso das suas costas na hora que você, naquela sensação, naquela primeira sensação que você tá usando, ai você fica nas nuvens." (Turmalina, M, 37a.).*

> *"Eu costumo falar aqui que o primeiro, que chamam de tiro, pra mim é como se fosse um orgasmo, pra mim é comparável a um orgasmo não tem uma coisa assim que se compare não." (Ametista, M, 37a.).*

> *"Um orgasmo, êxtase, intensidade e é aquela coisa de intensidade da forma que você quer, na hora que você quer, quando você quer, ou seja, tudo aquilo que o dependente tem dificuldade de lidar com a frustração, com o não." (Diamante, M, 30a.).*

É bem interessante a experiência de prazer trazida por alguns usuários. Água-marinha, Ametista e Diamante comparam o uso do crack com sexo, orgasmo e Diamante ainda acrescente que o prazer é intenso da forma e na hora que você quer. Água-marinha comenta que, além desse prazer comparável ao sexo ainda traz uma sensação de libertação, relacionada aos problemas vividos no momento. Se sente intocável, invisível diante do mundo que, naquele momento, não quer estar inserido.

Topázio e Turmalina já trazem em suas experiências o crack como uma válvula de escape, um alívio imediato para o enfrentamento dos problemas vividos e Turquesa ainda traz o crack como uma criptonita, isto é, objeto pelo qual não é possível se aproximar por perda total do controle. É fantástica essa comparação feita por Turquesa porque na história do Super-homem a criptonita fazia parte de sua vida, do seu planeta, lhe dava poderes e depois a possibilidade de se aproximar desse objeto era algo que tirava todas as suas forças, todo o seu controle de super-herói. O crack, no início,

também traz um poder muito grande, mas depois a compulsão e a falta de controle o tornam impossível de sequer uma aproximação.

O sentido figurado trazido pelos usuários diante do crack nos faz perceber o quanto de prazer a substância proporciona a cada um deles e o quanto é difícil abrir mão desse prazer tão intenso e imediato. Podemos pensar no crack como paradigmático da experiência de prazer.

A sensação do consumo do crack

Na experiência de cada usuário a descrição da sensação trazida pelo uso do crack vem de uma forma bem singular. São sensações positivas, prazerosas ou até negativas, angustiantes. Cada um retrata o seu sentimento diante do consumo de uma forma diferente dependendo da vivência de cada um, o que não deixa de ser curioso.

> *"Pronto, 5 doses de whisky é o equivalente a, digamos, um tiro na pedra, é como se você tivesse tomado, tivesse tomado 5 doses de uma vez só e ter subido pra cabeça, as 5, de uma vez só... Então é justamente isso, esse prazer momentâneo que o crack proporciona e é muito forte, é muito forte, realmente muito forte." (Topázio, M, 29a.).*

> *"Essa droga causou em mim assim um prazer rápido, instantâneo, rápido e destruidor, porque no outro dia tinha que ter mais ou até no mesmo dia, ou até nem virava o dia e eu estava acordado assim, eu vivia pra droga, eu vivia pra droga." (Turquesa, M, 23a.).*

> *"Em relação a sensação do crack depende do momento, porque quem usa crack, usa crack em lugar fechado, se for lugar aberto tem deles que ficam só agitado, tem outros que ficam com paranoias, tipo: alguém está me perseguindo na rua, estão falando de mim, estão olhando pra mim. Eu me senti cada parte dessas que eu falei." (Pérola, F, 21a.).*

> *"É uma droga que traz uma paranóia muito grande eu tinha medo de sair, de ir em bando, tirar dinheiro, medo de assalto, medo de tiro..." (Ametista, M, 37a.).*

> *"Antes de eu me reconhecer, de eu aceitar o meu problema de dependência eu tinha muito prazer, porém o crack em si me trazia uma paranoia fortíssima, muito forte. Com o tempo o prazer foi dando lugar, não dando lugar, mas foi andando paralelo com a paranoia, eu sentia o prazer, mas ao mesmo tempo uma paranoia muito forte, eu fazia uso e apagava as luzes da casa, ficava olhando por debaixo da porta cerca de 10 minutos assim com a cabeça no chão pra ver se ouvia passos." (Diamante, M, 30a.).*

> *"Eu não gosto da sensação, eu uso ele como um veneno. A sensação dele é horrível você fica agoniada, eu não tenho essa agonia toda, a maioria das pessoas tem, mas eu não tenho, eu ao contrário, eu me isolo, eu fico em casa, em não fico olhando porta, não fico catando o chão, eu fico até calma demais." (Esmeralda, M, 39a.).*

É marcante a ambivalência dos relatos acima. Percebe-se a princípio a descrição de um prazer intenso, porém seguido por sensações de angústia, paranoia e delírios que não trazem efeitos positivos para os usuários. Essa ambivalência é nítida quando Diamante descreve a sensação de usar o crack. Em um momento, ele descreve que a paranoia assume o lugar do prazer e, em outro, que anda paralelo. O conflito diante da sensação é bem claro.

Topázio e Turquesa evidenciam o prazer trazido pela droga. Sempre o descrevem como muito intenso e rápido o que leva a compulsão de consumo imediato. A necessidade de consumir mais está atrelada ao desejo de sentir mais prazer. Em algumas situações o consumo pode estar relacionado a tentativa de evitar os sintomas da abstinência.

A paranoia é descrita por Pérola e Ametista como uma sensação muito desagradável. Sempre com delírios de perseguição, onde o medo de ser encontrado usando crack, ou sofrendo algum tipo de violência, está presente de maneira bem evidente em seus relatos.

A agitação diante do consumo também é uma sensação muito presente no uso do crack. O relato de ficar "nervoso" retrata a modificação nas reações do sistema nervoso central que acelera todo o funcionamento de quem está consumindo uma droga estimulante como o crack.

Esmeralda traz uma sensação bem singular em sua experiência. Relata que não gosta de usar o crack, uma agonia muito grande é percebida por esta usuária que compara o crack a veneno, que afirma usar esta droga como veneno. O isolamento se faz presente, principalmente devido a intenção de uso desta substância, o uso para a morte.

É fascinante como cada usuário percebe a sensação do uso de forma diferente. A intensidade do relato, a forma de atuação dentro do organismo, os aspectos positivos e negativos desse consumo é relatado segundo a singularidade de cada um. A descrição do uso cada vez aparece de forma diferente para as pessoas que o consomem. Quanto maior a compulsão, mais efeitos desagradáveis são percebidos pelos usuários dessa substância.

Considerações finais

Acreditamos que as pesquisas relacionadas ao consumo de crack no Brasil ainda são insuficientes, para que políticas públicas de atenção aos seus usuários possam ser pensadas e elaboradas, no intuito de atender a todas as particularidades relacionadas à prevenção e tratamento dessa substância. Por outro lado, acreditamos que, nos últimos vinte anos, observa-se uma produção crescente de conhecimento acerca do tema, o que nos mostra uma grande preocupação científica diante da complexidade dessa problemática.

A realização dessa pesquisa teve como objetivo fundamental compreender o fenômeno de consumo do crack, para que as intervenções possam ser repensadas a partir das experiências dos usuários aqui entrevistados. Não houve, porém, nenhuma intenção de que essas experiências pudessem ser generalizadas; contudo, acreditamos que a singularidade possa relacionar-se com outros envolvidos na mesma problemática. Assim, compreendemos que a experiência desses usuários, ainda que singular, possa produzir ressonância para profissionais que atuam nessa área.

Grandes desafios estão postos para as equipes que trabalham no tratamento dos usuários de crack. Torna-se fundamental uma reflexão contínua sobre essa prática, para que ela não se torne automatizada e massificante. A singularidade precisa ser percebida a cada intervenção. Esse é um desafio a ser enfrentado por todos que trabalham com usuários de drogas, principalmente, o crack, no sentido de garantir a esses um cuidado adequado para suas demandas.

Acreditamos que novas pesquisas qualitativas, que objetivem uma melhor compreensão desses usuários, devam ser desenvolvidas. É preciso compreender a experiência, não só de usuários em tratamento, mas também de usuários que fazem diferentes usos do crack além do uso compulsivo. Assim, políticas públicas podem ser direcionadas para os diferentes tipos de usuários dessa droga.

Finalmente, por meio dessa cartografia, finalizamos este trabalho, com a certeza de que pudemos contribuir um pouco, de forma singular, na compreensão dos usuários de crack diante da experiência vivida por eles, frente as suas trajetórias de vida diante dessa pedra. ■

Referências

AMATUZZI, M.M. *Por uma psicologia humana*. Campinas: editora Alínea, 2001.

BUCHER, R.; LUCCHINI, R. *Drogas e Drogadição no Brasil.* Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

DENCKER, A.F.M. *Pesquisa empírica em ciências humanas (como ênfase em comunicação)*. São Paulo: Futura, 2001.

DUAILIBI, L.B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública,* v. 24, suppl.4. 545-557. São Paulo, 2008.

FERREIRA, P. E. M.; MARTINI, R. K. Cocaína: lendas, história e abuso. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* v.23, n. 2. 96-99. São Paulo, 2001.

FORGHIERI, Y. C. *Psicologia Fenomenológica:* fundamentos, método e pesquisa. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomsom Learning, 2002.

GIORGI, A. *Sketch of psychological methodology.* Phenomenology and psychological Research 8-22. Pittsburg: Duquesne University Press, 1985.

GIORGI, A. *Sobre o método fenomenológico utilizado como modo de pesquisa qualitativa nas ciências humanas: teoria, prática e avaliação.* In: POUPART, J. *et al*. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 386-409.

HOLANDA, A. F. *O resgate da fenomenologia de Husserl e a pesquisa em psicologia.* 2002. Tese *(*Doutorado). Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 2002.

MOREIRA, D. A. *O Método Fenomenológico na Pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomsom Learning, 2004.

NAPPO, S.A. *"Baquêros" e "Craquêros: um estudo sobre o consumo de cocaína na cidade de São Paulo.* 1996. Tese (doutorado). Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina, 1996.

OLIVEIRA, L. R. *Avaliação da cultura do uso de crack após uma década de introdução da droga na cidade de São Paulo*. 2007. Tese (doutorado). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007.

OLIVEIRA, L.R.; NAPPO, A.S. Crack na Cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 35, n. 6, p. 212-218, 2008.

_____. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 4. p. 664-671, 2008.

SANCHEZ, Z. V. D. M; NAPPO, A.S. Sequencia de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 4. p. 420-430. São Paulo, 2002.

SIMÕES, J.A. Prefácio. In: DROGAS E CULTURA*:* novas perspectivas. Salvador, EDUFBA, 2008.

Recebido para publicação em abril/2013.
Versão definitiva em maio/2013.
Suporte financeiro: não houve.
Conflito de interesse: inexistente.

Atenção Primária e dependência química: contribuições do matriciamento em saúde mental

Primary Health Care and chemical dependency: contributions of specialist orientation in mental health

Ana Carolina da Costa Araujo[1]

[1] Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza (CE), Brasil.
cbjr.carol@hotmail.com

RESUMO: O presente estudo tem o objetivo de avaliar como profissionais de saúde têm abordado a questão da dependência química na Atenção Primária à Saúde, identificando as principais dificuldades na abordagem dessa temática e avaliando como o Matriciamento pode contribuir para o cuidado desses usuários. A coleta de dados se deu a partir de sete entrevistas com profissionais de CAPSad e da Atenção Primária que participavam das atividades de Matriciamento no município. De maneira geral, avaliou-se que o Matriciamento se mostra como importante estratégia de troca de saberes e articulação da rede de serviços, possibilitando que um novo olhar seja lançado sobre a dependência de substâncias psicoativas.

PALAVRAS CHAVE: Dependência química; Atenção primária; Matriciamento em saúde mental.

ABSTRACT: *This paper is intended to evaluate how health professionals have addressed the issue of addiction in Primary Health Care, identifying the main difficulties related to approaching this issue and appraising how the Specialist Orientation can contribute to the care of those users. Data collection took place from seven interviews with professionals located on CAPSad and Primary Care services, who were participating on the Specialist Orientation activities at the municipality. Overall, it was evaluated that the Specialist Orientation had been revealed as an important strategy for knowledge exchange and management of network services, enabling a new look on psychoactive substances addiction.*

KEYWORDS: *Chemical dependency; Primary health care; Specialist orientation.*

Introdução

No Brasil, é possível identificar dois principais posicionamentos políticos para o enfrentamento de questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: o proibicionismo e a abordagem de redução de danos. De acordo com Alves (2009), as políticas proibicionistas concentram esforços em intervenções de repressão e criminalização da produção e do consumo de drogas, não tolerando nenhum padrão de consumo e tendo a abstinência como condição, meio e finalidade do tratamento.

Enquanto isso, as políticas e programas de redução de danos disseminam intervenções orientadas para a minimização dos danos físicos, sociais e econômicos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Os princípios da Redução de Danos se baseiam no fato de que o consumo de drogas sempre esteve presente na história da humanidade, o que desperta a necessidade de traçar estratégias para conter os danos que seu uso causa aos usuários e á sociedade, sem necessariamente proibi-lo. Sendo assim,

> *Ao invés de estabelecer a abstinência como única meta aceitável de prevenção e do tratamento, a redução de danos concilia o estabelecimento de metas intermediárias. O foco dessa abordagem está na adoção de estratégias para minimizar os danos sociais e à saúde relacionados ao consumo de drogas, mesmo que a intervenção não produza uma diminuição imediata do consumo (ALVES, 2009, p. 2313).*

Em 2003, foi formulada a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, a qual afirma a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em garantir assistência especializada aos usuários de álcool e outras drogas, até então oferecida predominantemente por instituições não governamentais, como comunidades terapêuticas e grupos de autoajuda. Tal política prevê também a implementação de uma rede de atenção a usuários de substâncias psicoativas, com destaque para a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), o qual desempenha papel estratégico na articulação da rede de cuidados em seu território.

Segundo Oliveira; Santos (2010), os CAPSad devem funcionar com estratégias de redução de danos, acolhendo também pessoas que não estejam interessadas na abstinência, trabalhando com projetos terapêuticos individualizados, com o objetivo de reinserção do usuário ao ambiente social-comunitário, cabendo a esses dispositivos a invenção de práticas cujos objetivos não se reduzam a buscar um ideal em que haveria uma suposta cura representada pela abstinência às drogas.

Em 2005 foi aprovada a Política Nacional sobre Drogas, com o intuito de implantar e pôr em prática uma rede de assistência a indivíduos com transtornos recorrentes do consumo de substâncias psicoativas. Nesse sentido, o tratamento, a recuperação e a reinserção psicossocial do usuário seriam resultado da articulação e integração de uma rede de cuidados formada por vários dispositivos comunitários sociais e de saúde. Dessa rede fazem parte não apenas o CAPSad, mas também instituições governamentais e não governamentais do setor saúde e da assistência social, tais como as unidades básicas de saúde, ambulatórios, comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda, hospitais gerais e psiquiátricos, serviços de emergência, corpo de bombeiros, clínicas especializadas casas de apoio, etc. (OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

Dentro desse território, a Estratégia de Saúde da Família ocupa um lugar central, visto que é um importante elo na identificação e no acompanhamento de alguns casos nos quais o sofrimento mental está presente (JUCÁ *et al*, 2009). Assim,

> *Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico. Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de*

> *vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica (BRASIL, 2005, p. 33).*

Figueiredo; Campos (2008) afirmam que para propiciar maior consistência às intervenções em Saúde Mental, torna-se de fundamental importância desenvolver estratégias que promovam a interlocução entre os serviços de Atenção Primária e os serviços da rede de Atenção Psicossocial, qualificando as equipes de Saúde da Família para um cuidado ampliado em saúde, que contemple a subjetividade e o conjunto de relações sociais dos indivíduos. Nesse contexto, uma das preocupações centrais na atualidade tem sido a incorporação das ações de saúde mental na rede de atenção primária. De acordo com Dimenstein (2009), essa incorporação facilitaria o direcionamento dos fluxos da rede e promoveria uma articulação entre os equipamentos de saúde mental, dentre eles os CAPSad, e os Centros de Saúde da Família (CSF).

No entanto, o que se percebe é que na maioria das vezes a Equipe de Saúde da Família não se sente preparada para atender esses casos. A falta de capacitação das equipes para lidar com os problemas de saúde mental impossibilita a realização de intervenções eficazes e faz com que essa demanda que chega aos serviços de atenção primária não encontre uma escuta qualificada. Nesse sentido, Campos e Domitti (2007) propõem uma metodologia de trabalho em saúde denominada Apoio Matricial, que objetiva "assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde" (p. 399).

O Ministério da Saúde (2003) define o Matriciamento como um arranjo organizacional que tem como objetivo prestar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população, visando o compartilhamento e a co-responsabilização pelos casos. Essa responsabilização compartilhada exclui a lógica do encaminhamento, objetivando aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local, estimulando a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica da equipe, na qual outras dimensões, além da biológica, serão valorizadas, como a social e a psíquica.

A aposta no Apoio Matricial está na troca de saberes entre os diversos profissionais, o que possibilita novas ofertas de ações e serviços que tenham potencial para modificar positivamente os problemas de saúde (OLIVEIRA, 2008). O Apoio Matricial "poderá propiciar um espaço de trocas de experiências e de saberes no campo da saúde mental com outros profissionais da rede básica, sendo uma construção coletiva que favorece a co-responsabilização e a avaliação contínua no tratamento do usuário" (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008, p. 637).

Conforme referem Chiaverini et al (2011), os casos mais comuns que podem vir a ser foco do matriciamento em saúde mental são: transtornos mentais comuns, frequentemente atendidos pelas equipes de atenção primária; transtornos mentais graves, como transtornos psicóticos, afetivos e de personalidade graves; alcoolismo e outras drogadições; ideação, intenção ou tentativa de suicídio; problemas do sono, como insônia ou sonolência excessiva; demências; problemas da infância e da adolescência e problemas comuns na família, como gravidez, separação, morte e luto. Nesse sentido, é de extrema importância que os profissionais da ESF estejam aptos a identificar tais casos e acolher esses indivíduos, ouvindo suas queixas sem menosprezá-las e identificando que aspectos dessas queixas têm relação com a situação que o sujeito está vivenciando naquele momento.

Dessa forma, como afirmam Oliveira; Santos (2010), é importante que as Equipes de Saúde da Família estejam aptas não apenas para identificarem os usuários que necessitam de atenção especializada, mas também a desenvolverem abordagens terapêuticas.

Dada à relevância do tema, o presente trabalho procurou investigar como os profissionais de saúde de serviços engajados nas atividades de Matriciamento em Saúde Mental do município de Fortaleza têm abordado a questão do Álcool e outras Drogas na Atenção Primária à Saúde, identificando as principais dificuldades na abordagem dessa temática e refletindo sobre como o

Matriciamento pode contribuir para o cuidado desses usuários.

Metodologia

O presente trabalho é um recorte da Monografia "Inserção da Saúde Mental na Atenção Básica: o Matriciamento como articulador da rede de serviços de Fortaleza, CE" e se caracterizou como uma pesquisa de campo de abordagem qualitativa, aspecto elegido por ser mais adequado à obtenção do objetivo proposto, que visa compreender como os profissionais de saúde de alguns serviços engajados nas atividades de Matriciamento em Saúde Mental do município de Fortaleza têm abordado a questão do Álcool e outras drogas na Atenção Primária à Saúde.

A abordagem qualitativa se mostrou como a mais adequada devido a sua especificidade no trabalho com o universo dos significados, dos valores, das crenças, dos motivos e das atitudes dos sujeitos, respondendo assim a questões particulares com um nível de realidade que não pode ser quantificada (MINAYO, 2011).

O trabalho de campo se deu pelas entrevistas e pela observação das atividades analisadas. Foram realizadas sete entrevistas e duas observações de campo, a partir das quais surgiram as reflexões acerca das particularidades do Matriciamento com relação ao uso de álcool e outras drogas. Dos profissionais entrevistados, cinco atuam em CAPSad e dois em Centros de Saúde da Família.

O estudo foi realizado em serviços de saúde do município de Fortaleza. A rede de serviços de saúde mental do município conta com 14 CAPS, sendo 6 CAPS gerais, 6 CAPSad e dois CAPSi, uma Residência Terapêutica, quatro Ocas Comunitárias de Saúde, uma equipe do Consultório de Rua e dois hospitais públicos destinados a emergências psiquiátricas, o Instituto de Psiquiatria do Ceará (IPC) e o Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM). Quanto aos serviços de atenção primária, o município conta com 88 Centros de Saúde da Família.

Os participantes do estudo foram os profissionais de saúde mental e de atenção primária que se encontravam engajados nas atividades de Matriciamento em saúde mental nesses CSF. A coleta de dados foi realizada através de um roteiro de entrevista semiestruturada utilizado nas conversas com os profissionais, assim como pela observação de campo, nas quais o pesquisador participou das atividades analisadas. As informações colhidas através das observações de campo foram registradas em diário de campo.

O tratamento dos dados deu-se através do registro sistemático das anotações de campo e da transcrição do material empírico. Os dados coletados foram analisados a partir de categorias, as quais se relacionam com os objetivos propostos para o estudo.

Resultados

De maneira geral, as atividades de Matriciamento são realizadas no espaço dos CSF e sua frequência varia de semanal para quinzenal e mensal. Esse intervalo fixo de tempo é estabelecido de maneira que as equipes possam se organizar para realizar as atividades. A composição das equipes de Matriciamento é bastante variada. Da Atenção básica, participam principalmente o médico, o enfermeiro e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em alguns serviços de forma mais ativa e em outros de maneira secundária. Dos serviços de saúde mental atuam diversas categorias profissionais, sendo predominante a participação de psicólogos e assistentes sociais.

Os casos abordados nas discussões de Matriciamento são de natureza bastante variada, dentre os quais encontram-se usuários com queixa de dependência e uso abusivo de álcool e outras drogas e dependência de benzodiazepínicos. Boa parte dos casos chega até o Matriciamento através dos ACS, que identificam os casos no território e comunicam à equipe de referência. Outras vezes, a identificação dos casos é feita no próprio cotidiano de atendimento das equipes de referência, através das consultas clínicas ou de visitas domiciliares.

De maneira geral, os profissionais entrevistados apontaram o Matriciamento em Saúde Mental como uma importante estratégia no que diz respeito ao desenvolvimento de ações relacionadas ao uso de

álcool e outras drogas na atenção primária, desde ações preventivas até o acolhimento e ações interventivas, sem necessariamente encaminhar o usuário a serviços especializados.

> *O Matriciamento é como se ele fosse uma mão, quando a gente faz uma escuta de um caso na Unidade, a gente já diminui esse paciente de um CAPS. É um paciente a menos, ou se for um paciente de CAPS a gente já vai saber para onde direcionar. Eu acho que é um "desafogar" do serviço de saúde mental. É diminuir a demanda. (Entrevistado IV).*

Consequentemente, o Matriciamento também contribui com a organização do fluxo entre os serviços, distinguindo situações que demandam atendimento especializado em saúde mental e aquelas que podem ser acolhidas pelos próprios profissionais da Atenção Básica, desde que esses contem com o suporte necessário para compreender e intervir nesse campo (FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009). Essa reordenação do trabalho estimula a produção de um novo padrão de responsabilidade sobre os casos, e evita a criação dos percursos intermináveis de encaminhamentos entre os serviços (CAMPOS, 1999).

> *Porque o que acontece: chega a Unidade, é transtorno mental, encaminha para o CAPS geral. É usuário de drogas, encaminha para o AD. E não deve ser assim, tem que acolher, e mesmo fazer um trabalho com essas pessoas, nem tudo precisa ser resolvido em serviço especializado. (Entrevistado III).*
> *Então, nós, como equipe de saúde, percebemos essa necessidade de estarmos nos aproximando mais de outros serviços de saúde para que eles saibam como acolher o usuário de álcool e de drogas. Por que não é todo usuário de álcool e drogas que precisa vir para o CAPS. Então na verdade é uma troca. Uma troca de saberes, um aperfeiçoamento de práticas, tanto da nossa parte quanto da parte desses serviços.*

Dessa forma, o Matriciamento representa a possibilidade de interlocução entre os diversos serviços da rede de saúde, contribuindo também para a troca de conhecimento entre os profissionais. Esse suporte que as atividades de Apoio Matricial oferecem é de extrema relevância, visto que muitos profissionais da Atenção Primária estão ou se sentem despreparados para o acompanhamento de usuários de substâncias psicoativas.

A necessidade de orientar as equipes de Saúde da Família e de trabalhar sua sensibilização com relação ao manejo dos casos de uso de substâncias psicoativas mostrou-se como uma das razões dos profissionais de saúde mental para realizar as atividades. Nesse aspecto, as próprias ações de Matriciamento se mostram como importante estratégia de educação e de troca de saberes, atuando com os profissionais dos serviços de atenção primária de maneira a proporcionar o conhecimento necessário para que estejam aptos a receber essa demanda e acolhê-la de maneira adequada e humanizada.

Por serem os casos de uso de drogas ainda vistos de maneira estigmatizada por muitos profissionais, isso dificulta que a abordagem dos usuários seja feita de maneira eficaz e cuidadosa. Dessa forma, o Matriciamento foi apontado pelos entrevistados como uma possibilidade de promover a sensibilização desses profissionais no que diz respeito ao atendimento de pessoas com histórico de uso e abuso de substâncias. Essa sensibilização, embora aconteça de maneira gradual, foi apontada pelos entrevistados como uma das mais importantes contribuições das atividades de inserção da saúde mental na atenção básica.

> *Então o matriciamento veio muito dessa necessidade de estarmos orientando, não só de orientar, mas de pensar um meio de estar permitindo uma capacitação da equipe de saúde da família para acolher as pessoas com transtornos mentais em geral. Então o que me fez participar do matriciamento foi exatamente essa troca de saberes, de trabalhar em rede. Isso estimula o profissional a fazer o matriciamento, porque trabalhar em rede é muito interessante. (Entrevistado II).*

Combater principalmente o preconceito e o estigma que ainda existe em relação aos usuários de transtorno mental e os usuários de álcool e drogas. (Entrevistado V)

Além do estigma, a falta de conhecimentos específicos em Saúde Mental por parte dos profissionais da Atenção Primária e a inabilidade no manejo do cuidado do uso abusivo de substâncias também foram apontadas como dificuldades para a realização das atividades de Matriciamento.

Na experiência que já tive no Matriciamento em alguns lugares, o que mais percebi que teve dificuldade de alguns profissionais foi a questão do manejo, o manejo com a saúde mental, a dificuldade que eles tinham com o entendimento em relação a álcool e drogas, o que é a crise de abstinência, o que é a fissura, quando que a paranoia acontece na abstinência de álcool e drogas, por que que na fissura o usuário de crack reage daquela maneira... (Entrevistado V).

Por não possuírem o conhecimento necessário para acompanhar e intervir nos casos de abuso de substâncias psicoativas, os profissionais acabam negligenciando essa demanda ou fazendo encaminhamentos equivocados e desnecessários aos serviços de saúde mental. Nesse contexto, alguns entrevistados, especialmente os profissionais da Atenção Primária, consideram sua formação ineficiente quanto à questão do uso de álcool e drogas, mas é possível, com o devido apoio e orientação, que essa dificuldade seja superada, sendo as próprias atividades de Matriciamento vistas como espaço para promover essa educação necessária para o manejo de tais casos (CHIAVERINI *et al*, 2011).

Como exposto anteriormente, o Matriciamento proporciona um espaço de troca de saberes entre os profissionais, possibilitando a efetivação da interdisciplinaridade e da reflexão acerca dos cotidianos de cuidado. As atividades junto a outros profissionais acarretam movimentação no serviço, possibilitando aos profissionais se depararem com situações com as quais ainda não estão aptos a lidar, que despertam dúvidas e questionamentos, provocando reflexão acerca das rotinas de trabalho por parte dos profissionais de ambos os níveis de atenção.

De acordo com Chiaverini *et al* (2011), no Matriciamento as atividades de educação em saúde mental devem acontecer de forma contínua, tendo como base as problemáticas e questões que surgirem no cotidiano de atuação dos profissionais envolvidos, especialmente no que diz respeito a desconstrução dos preconceitos relacionados ao adoecimento psíquico. Para isso, devem-se utilizar métodos variados, como leitura de textos, discussão de casos e planejamento conjunto de atividades.

É tão rica essa coisa do matriciamento, porque cada caso traz a sua particularidade, então a gente se reúne pra debater, e cada caso traz um novo conhecimento pra você, em cada situação dá pra se aprender muita coisa. (Entrevistado IV).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm sido importantes parceiros no que diz respeito à identificação dos casos de abuso de substâncias psicoativas, visto que nem sempre os usuários buscam ajuda por si só. A participação do ACS no Matriciamento propicia maior vinculação entre a equipe de apoio matricial e o usuário. Muito além da identificação dos casos no território, o ACS contribui com o olhar de quem faz parte da comunidade, conhece esse território, suas potencialidades e limitações, assim como dispositivos e equipamentos que poderiam ser parceiros do Matriciamento no cuidado do sofrimento mental. Nas discussões de caso, contribui com o seu conhecimento prático e sua proximidade com as famílias, fornecendo informações as quais os profissionais de referência ainda não tiveram acesso. Além disso, depois de pensados os encaminhamentos e sugeridas às intervenções ao usuário, o ACS pode atuar no acompanhamento e na evolução do caso, mantendo a equipe informada sobre a condição de saúde daquele usuário.

Os agentes de saúde eles têm sido muito importantes no sentido de articular coisas no

território, ou então identificar alguma demanda e a gente estar implementando o plano terapêutico daquele usuário. (Entrevistado I).

Além da falta de conhecimentos no que diz respeito ao manejo dos casos de abuso de substancias psicoativas e do estigma que essa clientela possui, os profissionais entrevistados citaram outras limitações e desafios que o Matriciamento ainda enfrenta no município. Uma delas é a grande demanda existente nos serviços, tanto nos CAPSad quanto da atenção básica, exigindo do profissional uma atuação baseada prioritariamente na produção de atendimentos, o que muitas vezes o impossibilita de estar envolvido em outras atividades que não necessariamente as de atendimento clínico tradicional.

O fato de não haver uma política municipal que institua o Matriciamento como uma atividade constituinte da rotina dos serviços de saúde em Fortaleza, que aponte critérios e oficialize essas ações, também tem dificultado o processo de implementação dessa ferramenta nos serviços analisados, impossibilitando também uma avaliação por parte dos profissionais acerca dos resultados que o Matriciamento tem trazido.

Não existe no ministério da saúde nem em nível estadual nem em nível municipal um funcionamento claro em conjunto da atenção básica com o colegiado de saúde mental a respeito da viabilização do Matriciamento, a oficialização do Matriciamento. Tanto isto não é oficial que tem causado muitos problemas pra implementação do Matriciamento, ao ponto que parece ser uma coisa apenas da Saúde Mental. (Entrevistado I).

A rotatividade dos profissionais nos serviços de saúde do município também foi citada pelos entrevistados como uma das dificuldades na consolidação das atividades de Matriciamento, visto que é necessário estar continuamente estabelecendo parcerias e sensibilizando novas equipes, o que algumas vezes interfere na evolução do processo.

Como assinalado anteriormente, a resistência de alguns profissionais em participar das atividades de Matriciamento também foi apontada como uma das principais dificuldades da implementação dessa atividade nos serviços de saúde do município. Não obstante, os relatos também trazem indícios de que, à medida que as atividades acontecem e que há um esforço para a sensibilização dos profissionais no sentido de demonstrar a importância do Matriciamento para todos os sujeitos envolvidos nesse processo, tem havido uma maior adesão dos profissionais de ambos os níveis de atenção.

Outra dificuldade trazida pelos profissionais durante a entrevista foi a relação entre os usuários de álcool e drogas e a questão da tuberculose. Sabe-se que muitos pacientes usuários de drogas possuem o diagnóstico de tuberculose, uma situação que demanda atenção especial tantos dos profissionais do CAPSad quanto da Atenção Primária. No entanto, é relatado que ainda não tem sido possível fazer a interlocução entre esses dois serviços de maneira eficaz, como podemos perceber no relato seguinte:

Eu acho que existe uma lacuna muito grande para o matriciamento com pacientes vítimas de tuberculose que são usuários de drogas, acho que nós não estamos conseguindo avançar nesse sentido, embora a gente saiba que o CAPSad está esborrotando de paciente usuário de drogas com TB, e nós estamos tendo inúmeros paciente com TB usuários de drogas, então são os mesmos sujeitos que estão sendo vistos lá, estão sendo vistos aqui, mas não estão sendo vistos conjuntamente. Então nós não estamos assistindo essa clientela, que está precisando de um olhar direcionado da equipe de matriciamento e que nós não estamos conseguindo dar conta. Isso está se tornando um problema muito sério na minha forma de perceber. Isso é uma demanda que a gente poderia estar melhorando a adesão, o tratamento, os indicadores, e a gente não está percebendo. (Entrevistado VI).

A partir do que foi exposto, percebemos que existe ainda muito a ser feito no que diz respeito ao manejo

de situações e casos de uso abusivo de álcool e outras drogas nos serviços de Atenção Primária. No entanto, a estratégia de Matriciamento representa uma nova possibilidade para a sensibilização de profissionais e para que um novo olhar seja lançado sobre o cuidado com os usuários de substâncias psicoativas.

> *Os nossos usuários, tanto os que têm perfil de AD como os que têm perfil de saúde mental, de transtornos mentais severos e persistentes, eles são muito excluídos da sociedade e existe ainda o medo, eles mesmos são autopreconceituosos e acham que não vão ser bem atendidos, que vão ser rebatidos lá dentro. A própria família não enxerga que eles têm que transitar em todas as políticas, e o matriciamento ele favorece esse trânsito dos nossos usuários em todos os serviços, trabalha muito nessa questão da rede, na perspectiva da intersetorialidade, do serviço na comunidade. (Entrevistado V).*

Considerações finais

Através do Matriciamento em Saúde Mental é possível promover diversas atividades relacionadas ao uso de substancias psicoativas, desde atividades de prevenção até intervenções mais complexas e que exijam maior preparação do profissional acerca da temática. Nesse sentido, é possível, através das atividades de Matriciamento, promover a capacitação dos profissionais da Atenção Primária no que diz respeito ao uso de álcool e outras drogas, visto que muitas vezes esses profissionais se sentem despreparados para lidar com essa demanda e acabam fazendo encaminhamentos desnecessários e contribuindo para a superlotação dos serviços especializados, principalmente os CAPSad.

Nesse aspecto, as próprias ações de Matriciamento se mostram como importante estratégia de educação e de troca de saberes, atuando com os profissionais dos serviços de atenção básica de maneira a proporcionar o conhecimento necessário para que estejam aptos a receber essa demanda e acolhê-la de maneira adequada e humanizada. Os resultados também apontam o Matriciamento como importante articulador da rede de serviços de saúde, aumentando o leque de possibilidades e a circulação dos usuários nos diversos domínios do sistema de saúde.

Apesar das dificuldades, muitos profissionais ainda persistem nessa trajetória, e aos poucos novos resultados são alcançados. A sensibilização dos profissionais no que diz respeito ao cuidado de usuários com histórico de uso de substâncias psicoativas nos próprios serviços de atenção primária exige uma disponibilidade constante desses profissionais, e o Matriciamento em Saúde Mental têm sido uma importante ferramenta para o manejo desses casos.

É exatamente através das pequenas mudanças, e gradualmente, que os objetivos do Matriciamento vão sendo alcançados e um novo olhar é lançado sobre a dependência de substâncias psicoativas. Devem essas mudanças tomar lugar em todos os espaços, desde a graduação até os diversos serviços de saúde, o que mais uma vez aponta para a necessidade de repensar a formação dos diversos cursos da área da saúde para o âmbito da Saúde Mental e Dependência Química. ■

Referências

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: v. 25, n. 11, nov. 2009. pp. 2309-2319.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 28, n. 3, set. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil*. Conferência Regional de Reforma dos

Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde mental e Atenção Básica*: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999, p. 393-403.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007, p. 399-407.

CHIAVERINI, D. H. (Org.). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

DIMENSTEIN, M. *et al*. O Apoio Matricial na perspectiva de coordenadoras de Equipes de Saúde da Família. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João del-Rei, v. 4, n. 1, dez. 2009, p. 37-48.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na Atenção Básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009, p. 129-138.

JUCÀ, V. J. S.; NUNES, M. O.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 173-182, 2009.

MINAYO, M. C. S. (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.* 30. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional sobre Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

OLIVEIRA, W. F. Algumas reflexões sobre as bases conceituais da Saúde Mental e a formação do profissional de Saúde Mental no contexto da promoção da saúde. *Saúde em debate*; v. 32, n. 78-80, p. 38-48, jan-dez. 2008.

OLIVEIRA, E. M.; SANTOS, N. T. V. A rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas – em busca da integralidade. In: SANTOS, L. M. de B. (Org.). *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre: Ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

Recebido para publicação em abril/2013.
Versão definitiva em junho/2013
Suporte financeiro: não houve
Conflito de interesse: inexistente.

Escola de Redutores de Danos: experiência de formação na perspectiva da saúde coletiva

School of Harm Reduction: educational process experience from the perspective of collective health

Heloisa Veiga Coelho[1], Cássia Baldini Soares[2]

[1] Mestre em enfermagem em Saúde Coletiva pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. heloisaveiga14@hotmail.com

[2] Livre Docente pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. Professora Associada da Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. cassiaso@usp.br

RESUMO: Os objetivos deste trabalho são: relatar processo educativo de Escola de Redutores de Danos; avaliar a apropriação dos conceitos e apontar caminhos para o fortalecimento de práticas inovadoras no campo das drogas. Partiu-se do referencial da Saúde Coletiva, que compreende o consumo de drogas como fenômeno imbricado na esfera das determinações mais gerais da formação social, e dos conceitos de Redução de Danos emancipatória e Educação histórico-crítica. Foram realizadas oficinas emancipatórias, e de supervisão das práticas desenvolvidas pelos redutores de danos. A experiência mostra que: a apropriação dos conceitos discutidos se refletem nas práticas desenvolvidas; espaços de reflexão crítica são essenciais para fortalecimento dos trabalhadores e que o envolvimento da Atenção Básica é estratégico para a construção de trabalho intersetorial.

PALAVRAS CHAVE: Redução de danos; Saúde Coletiva; Educação

ABSTRACT: *The objectives of this work are: to report the educational process of the School of Harm Reduction; evaluate the appropriation of concepts and point out ways to strengthen innovative practices in the field of drugs. We considered the fundaments of collective health that explain drug phenomenon as implied in the wider sphere of the determinations of the social formation, and the concepts of emancipatory harm reduction and historical-critical e ducation. Emancipatory workshops were held, and supervison of the practices developed by health workers. Experience shows that: the appropriation of the concepts discussed reflects in the practices developed; spaces for critical reflection are essential to strengthening workers and that involvement of primary care is strategic for building intersectoral work.*

KEYWORDS*: Harm reduction; Publica Health; Education*

Introdução

O objeto deste estudo é o processo de formação e supervisão de agentes redutores de danos e trabalhadores de outros setores sobre o consumo de drogas na contemporaneidade e as respostas do setor saúde aos problemas decorrentes. O processo realizou-se em função da assessoria[1] do grupo de pesquisa "Fortalecimento e Desgaste no Trabalho e na Vida: Bases para a intervenção em Saúde Coletiva" da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) à Coordenadoria Geral de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Embú das Artes. Foram desenvolvidas oficinas de formação e supervisão de trabalhadores na temática das drogas como parte das atividades da Escola de Redutores de Danos (ERD) do município implantada a partir de um edital do Ministério da Saúde (MS)[2].

Os editais são estratégias utilizadas pelo MS para fomentar o desenvolvimento de ações na área de Redução de Danos nos municípios e fortalecer as redes de atenção aos usuários de drogas, a partir do redirecionamento do modelo assistencial em Saúde Mental (SM) com a Reforma Psiquiátrica. A recente história do desenvolvimento de ações de RD direcionadas aos usuários de drogas injetáveis no contexto da epidemia de AIDS, que alavancaram a RD no país, foi marcada pelo financiamento das ações através de editais do MS, com verbas federais e/ou de organismos internacionais. Entretanto, essa trajetória das ações de RD financiadas por editais tem sido avaliada negativamente (FONSECA *et al*, 2005; RIGONI, 2006) quanto à consolidação da RD como política pública, oficialmente instituída em 2004 com o lançamento da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral de Usuários de Álcool e outras Drogas, que tem como marco teórico político o paradigma da RD (BRASIL, 2004).

Essa dificuldade de firmar políticas de RD no país, de caráter mais abrangente para populações marginalizadas, é retratada em alguns estudos científicos. As ações ficam na dependência de verbas federais que esporadicamente financiam alguns projetos especiais e/ou ações (RIGONI, 2006; SILVA *et al*, 2010; FONSECA *et al,* 2005; 2012).

As dificuldades de subfinanciamento, de casuísmos e descontinuidades na consolidação e institucionalização de práticas de RD, têm como base a frágil adoção da RD como paradigma norteador das políticas públicas na área de drogas. Por ser um paradigma contra-hegemônico ele se opõe ao discurso de senso comum sobre drogas e compreende o usuário de substâncias psicoativas como sujeito portador de direitos. Essa fragilidade paradigmática complica-se ainda mais, pois diversas concepções sobre RD convivem na sociedade e não há incentivo e nem espaços de estudo e reflexão condizentes. Sem um adequado embasamento conceitual e teórico, a RD se enfraquece e não consegue se impor como alternativa viável ao paradigma do proibicionismo (dominante em nosso meio), permitindo assim diferentes definições e interpretações de si mesma (JOURDAN, 2009; SANTOS *et al*, 2010).

Na tentativa de viabilizar ações orientadas por esse novo paradigma o MS cria mecanismos de incentivo e financiamento aos governos locais, que menosprezam tais práticas, visto que usuários de drogas são considerados marginais, desorganizados e que pouco vocalizam socialmente suas necessidades. Sendo assim, alguns municípios como Embú das Artes, apesar de apresentar iniciativa no sentido de configurar uma rede de atenção aos usuários de drogas mais abrangente, mostra-se dependente do financiamento federal para implementação de políticas públicas que extrapolam o pacote básico da Saúde Mental.

Outra dificuldade para constituição de uma política de RD no país encontra-se no campo dos embates políticos que acontecem nas esferas decisórias do MS,

[1] É exigência do edital proposto pelo Ministério da Saúde a parceria entre o município que pleiteia o edital e uma universidade pública e esta tem papel de supervisão das atividades de formação desenvolvidas na Escola de Redutores de Danos.

[2] O município de Embú das Artes concorreu no ano de 2010 em dois editais do Ministério da Saúde com projetos para a construção da Escola de Redutores de Danos e para implantação de um Consultório na Rua com o intuito de fortalecer a rede de atenção aos usuários de drogas do município, tornando-a mais acessível aos usuários de drogas e permeável às demandas dessa população.

no qual a Saúde Mental é sempre secundária às outras demandas do setor saúde. Estudos de Gonçalves *et al* (2011) e Barros *et al* (2011) mostram que houve um aumento nos gastos federais com ações na área de Saúde Mental, principalmente investimento em ações e serviços de base comunitária e extra-hospitalares, mostrando um encaminhamento positivo na direção de uma inversão no modelo de atenção à Saúde Mental, hegemonicamente manicomial. Entretanto, esse gasto ainda é pequeno (em média 2,5% do gasto total com saúde no país, sendo que o recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é de pelo menos 5% do gasto total do setor saúde em ações e serviços de Saúde Mental) em comparação com outros países ou mesmo com o gasto em outras áreas da saúde como o setor hospitalar.

Esse contexto político e econômico gera dificuldades para a implementação e/ou continuidade de ações de RD com caráter mais abrangente como são as propostas da ERD e dos Consultórios na Rua.

Esse relato analisa experiência vivenciada ao longo do ano de 2012 no município de Embú das Artes mostrando que o processo educativo, para além de instrumentalizar os sujeitos para lidarem com grupos historicamente estigmatizados, também apresentou um componente político bastante progressista ao construir junto com o governo local uma proposta alternativa de configuração da rede de atenção aos usuários de drogas, em cenário político em que assistíamos ao aumento de ações repressivas contra usuários de drogas pobres, e o fortalecimento do paradigma de "guerra às drogas" (haja vista ações desencadeadas no Rio de Janeiro - internações compulsórias - e São Paulo – "Operação Sufoco" na Cracolândia ao longo de 2011 e 2012). O pressuposto é de que essa experiência de formação crítica dos trabalhadores concretamente favorece a construção de um modelo de atenção para usuários de drogas pautado nos princípios e diretrizes do SUS e organizado a partir do paradigma da Redução de Danos Emancipatória.

Objetivos

Os objetivos desse trabalho são:

- Relatar o desenvolvimento do processo educativo desenvolvido na Escola de Redutores de Danos do município de Embú das Artes;
- Avaliar seus resultados a partir da incorporação dos conceitos discutidos nas oficinas, refletidos nas práticas inovadoras direcionadas aos usuários de drogas que surgiram ao longo do desenvolvimento das atividades de formação e supervisão;
- Apontar caminhos para o fortalecimento de práticas inovadoras no campo das drogas.

Fundamentos teórico-metodológicos

O referencial que esteve na base da condução dos trabalhos vem sendo construído pelo grupo de pesquisa desde 1997 e toma como fundamento o campo da Saúde Coletiva. Dessa forma, o fenômeno do consumo de drogas é considerado em seus aspectos histórico, social e cultural. A partir da instauração do modo de produção capitalista, a droga passou à condição de mercadoria produzida principalmente para responder à finalidade primordial de geração de lucro. Como mercadoria as substâncias psicoativas passam a compor um ramo da economia e para refletir sobre seus impactos na estrutura social é necessário compreender todo o processo de produção, distribuição e consumo das diferentes substâncias lícitas ou ilícitas (SOARES, 2007; SOARES *et al*, 2009).

O narcotráfico é considerado um dos ramos econômicos mais rentáveis do planeta e retroalimenta outros sistemas como o financeiro e político. A mercadoria droga torna-se fetiche na sociedade atual e apresenta afinidade com os valores contemporâneos e resposta momentaneamente satisfatória aos desgastes oriundos das formas de trabalhar e de viver dos diferentes grupos sociais (SOARES, 2007).

A Saúde Coletiva considera os diferentes usos de substâncias psicoativas e não apenas o uso problemático, além de identificar diferentes desfechos para o consumo destas substâncias conforme inserção no modo de produção e reprodução social.

No âmbito do cuidado às pessoas que fazem uso problemático de alguma substância psicoativa o grupo trabalha na perspectiva da Redução de Danos Emancipatória, que vai além das ações pragmáticas, trazendo para o campo das práticas conceitos marginalizados pela RD tradicional como os direitos sociais e humanos dos usuários de drogas (SOARES, 2007).

A pedagogia que o grupo vem utilizando nos processos educativos de formação de trabalhadores de saúde e junto a jovens encontra-se embasada na educação histórico-crítica de Saviani (2005) e outros autores marxistas e de formação humanista, que conceituam a educação como processo de construção coletiva, que parte da realidade concreta dos sujeitos e vai tecendo com estes a produção de conhecimento, numa relação dialógica entre educadores e educandos (ALMEIDA *et al*, 2013; SOARES, 2007; SOARES *et al*, 2011).

Procedimentos metodológicos

Para início das atividades de formação da ERD do município de Embú das Artes a Secretaria de Saúde selecionou 10 agentes que seriam responsáveis pela implementação das ações de RD no município e pelas atividades do Consultório de Rua. Estes agentes foram contratados por um ano (tempo de duração do projeto). Além destes agentes, também participaram dessa formação: trabalhadores da rede municipal de saúde, representantes da Secretária de Assistência Social, do Conselho Municipal de Saúde e da Guarda Civil Metropolitana.

Considerou-se prioritária a participação de trabalhadores da rede municipal de saúde, especialmente os da Atenção Básica (AB), uma vez que, estes serviços são imprescindíveis para a construção de uma rede de atenção aos usuários de drogas abrangente e descentralizada. O critério estabelecido era de que o trabalhador tivesse afinidade com o tema e/ou já desenvolvesse atividades relacionadas ao consumo de drogas no território. Além dos trabalhadores da AB também definiu-se como prioritária a participação de trabalhadores do CAPS ad do município, uma vez que esse serviço ocupa papel central na rede de atenção aos usuários de drogas e que apesar de ser um serviço de caráter substitutivo ao modelo manicomial, encontra muita dificuldade em operar na lógica da RD, pautando suas práticas pelo prisma do modelo biomédico/psiquiátrico. Houve também um movimento de aproximação com a pasta relacionada às Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, que no município de Embú das Artes encontrava-se afastada da discussão sobre a atenção aos usuários de drogas. Por último, como o intuito da secretária de saúde era também o de construir ações intersetoriais para dar conta da complexidade do fenômeno do consumo de drogas, considerou-se pertinente convidar trabalhadores de outras secretarias como Assistência Social, Educação e Segurança Pública e do controle social, representado pelo Conselho Municipal de Saúde.

O processo educativo desenvolveu-se em dois momentos:

MOMENTO 1 – OFICINAS DE FORMAÇÃO SOBRE O FENÔMENO DO CONSUMO DE DROGAS

Essa etapa do processo teve duração de cinco meses e foi desenvolvida em encontros quinzenais e de elaboração de tarefas articuladas aos conteúdos discutidos nas oficinas. Essas tarefas eram realizadas entre uma oficina e outra.

O objetivo geral dessas oficinas foi sensibilizar os participantes para o tema das drogas e aprimorar sua compreensão a respeito do fenômeno do consumo de drogas na contemporaneidade.

A metodologia empregada nas oficinas segue os princípios da educação histórico-crítica (SAVIANI, 2005), conforme anteriormente mencionado. Inicialmente discute-se com os sujeitos o fenômeno das drogas, partindo da realidade concreta que estes trazem e das explicações, quase sempre de senso comum, para os problemas discutidos. O questionamento das explicações comuns aos problemas trazidos é provocado por reflexão que encaminha à análise crítica da realidade e abre caminho para o exercício de compreensão do processo histórico e das raízes do fenômeno. Em processo de rearranjo crítico da percepção alienada da realidade, elementos que estavam de fora da equação são agregados.

O grupo passa a questionar os conceitos hegemônicos a partir do momento em que identifica as contradições existentes entre o discurso do senso comum

e a realidade e passa a conhecer diferentes formas de abordar a questão das drogas, produzindo uma outra explicação, mais abrangente e realista, para o problema.

A seguir detalharemos o conteúdo de cada encontro e a discussão das tarefas pensadas/realizadas nos intervalos entre as oficinas.

Apresentação (Um encontro)

Objetivo: Apresentar aos participantes a Escola de Redutores de Danos, o Consultório de Rua, os objetivos da formação e levantar as expectativas dos participantes, como forma de pré-avaliação.

Estratégias: Apresentação das coordenadoras de Saúde Mental do município e da gerente do CAPS-AD e roda de conversa sobre as expectativas do grupo. Neste momento foi apresentado aos sujeitos o processo que originou aquele momento de formação, resgatando tal processo a partir da leitura de documentos que oficializam a ERD e o Consultório na Rua no município de Embú. Os participantes puderam esclarecer dúvidas sobre a forma de operacionalização das oficinas, o cronograma de atividades, bem como apresentar as expectativas quanto ao processo educativo.

Reflexão sobre mitos, estigmas e preconceitos em relação às drogas e aos usuários (Dois encontros).

Objetivo: No primeiro encontro discutiu-se a "guerra às drogas" e as consequências do proibicionismo. No segundo encontro trabalhou-se para que vissem à tona preconceitos e estereótipos relacionados ao usuário de drogas.

Estratégias: No primeiro encontro exibiu-se e discutiu-se o filme 'Notícias de uma guerra particular'[3]. A discussão foi apoiada por roteiro previamente apresentado aos participantes da oficina, que propunha as seguintes questões para discussão em pequenos grupos e posterior síntese para apresentação:

Quem são os personagens presentes?

Por que a favela é o alvo? Quem são os personagens ausentes?

Por que se fala em uma guerra particular?

Quem é o inimigo?

Como se comportam os personagens na frente de batalha?

Como essa realidade se mostra no seu trabalho?

No segundo encontro os participantes tinham a tarefa de construir em grupos, a partir das suas experiências, um personagem que consome drogas lícitas ou ilícitas. Os personagens foram apresentados e discutidos, evidenciando-se os estereótipos mais comuns e discutindo-se os preconceitos embutidos na construção dos personagens.

Ao final do segundo encontro o grupo percebeu a necessidade de fazer um 're-conhecimento' do território onde atuavam e identificação das características do consumo de drogas nesses territórios (tipo de droga mais consumida, locais de uso, grupos que consomem drogas) bem como os equipamentos sociais existentes. Os trabalhadores da rede municipal deveriam realizar uma observação atenta desse território (agora imbuídos com olhar mais crítico) enquanto a tarefa dos redutores de danos era também de reconhecimento dos diferentes territórios, mas com a proposta de analisarem possíveis campos prioritários de atuação.

Políticas públicas: A importância da intersetorialidade na intervenção relacionada ao consumo de drogas. (Dois encontros)

[3] ALLES, J.M.; LUND, K (direção). Notícias de uma guerra particular [documentário]. Rio de Janeiro: Videofilmes; 1999.dessa população.

Objetivo: Construir e reforçar a intersetorialidade para o enfrentamento das questões relacionadas ao consumo de drogas no município.

Estratégias: Apresentação do CREAS e visita ao Centro de Referencia da Assistência Social – CREAS.

Fundamentos teóricos sobre o uso contemporâneo de drogas na contemporaneidade. (Dois encontros)

Objetivo: Debater e refletir sobre os valores contemporâneos derivados do funcionamento atual do sistema de produção capitalista e a relação desses valores com o consumo de drogas, utilizando para a discussão os personagens construídos em oficina anterior. Discussão sobre a ideologia neoliberal e a sua relação com a construção dos valores contemporâneos e com o uso abusivo de drogas nas sociedades capitalistas.

Estratégias: Exposição dialogada e estudo de dois textos que retratavam bem a realidade atual da produção, distribuição e consumo de drogas na contemporaneidade. Os textos foram disponibilizados previamente para discussão posterior para proporcionar tempo de leitura aos trabalhadores [4].

Debate sobre as raízes históricas das desigualdades sociais e suas novas feições na atualidade. (Dois encontros)

Objetivo: No primeiro encontro optamos por realizar um estudo dirigido de outros dois textos[5] que disponibilizamos aos participantes das oficinas para sedimentação dos conteúdos debatidos. Percebemos que a maioria do grupo não lia os textos por falta de tempo. Portanto, a opção foi ler os textos durante as oficinas e debatê-los para realizar outra aproximação com a questão da desigualdade social na sociedade brasileira relacionando essa questão ao modo de produção capitalista.

Estratégias: Divisão dos participantes em pequenos grupos para leitura e discussão dos textos. Ao final cada grupo apresenta uma síntese do texto lido para discussão entre todos os grupos.

No outro encontro foi realizada a exibição do filme 'Quanto vale ou é por quilo?'[6] e discussão posterior em grupos a partir de um roteiro, apresentado aos participantes antes da exibição do filme, com as seguintes perguntas:

Qual a semelhança entre o comércio de escravos e a exploração atual da miséria pelo chamado marketing social (ONGs)?

Que exemplos os estudantes têm sobre esse tipo de exploração?

O Estado deveria se incumbir das políticas sociais públicas?

O que acham dos chamados "projetos"?

Conhecem iniciativas mais íntegras, com resultados mais interessantes para o bem-comum?

Quais as interfaces entre os dois filmes (este e o filme "Notícias de uma guerra particular")?

---

[4] ARBEX JUNIOR, J. *Legalizar as drogas*. Caros Amigos. 2004. Disponível em: <http://carosamigos.terra.com.br/da_revista/edicoes/ed86/jose_arbexjr.asp>. Acesso em 14 jan 2006.

MACQUEEN A. *A tragédia branca*. Carta Capital. 2005. p. 14 -18.

[5] SOARES, C.B.; CAMPOS C.M.S. Consumo de drogas. In: BORGES, A.L.V.; FUJIMORI E. (org.). *Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica.* Barueri: Manole, 2009.

STOTZ, E.N. Pobreza e capitalismo. In: VALLA, V.V.; STOTZ, E.N.; ALGEBAILE,E.B. *Para compreender a pobreza no Brasil.* Rio de Janeiro: Contraponto, 2005.

[6] BIANCHI, S. (direção). *Quanto vale ou é por quilo?* [filme]. Rio de Janeiro: Agravo Produções Cinematográficas, 2005.

Os diferentes contextos sócio-culturais e o uso contemporâneo de drogas entre jovens. (Três encontros)

Objetivo: Desconstruir alguns conceitos pré-estabelecidos sobre a juventude contemporânea, mostrando as diferentes juventudes existentes conforme as formas de inserção no modo de produção e reprodução social dos jovens. Ampliar a discussão e reflexão sobre as consequências da maneira como a sociedade lida com os jovens e os papéis desempenhados por este grupo social na atualidade.

Estratégias: Encontro1: Exposição dialogada apresentando alguns conceitos relacionados à juventude.

Encontro 2: Divisão dos participantes em pequenos grupos para leitura e discussão de dois textos[7]. No final, cada grupo apresenta uma síntese do texto lido para discussão.

Encontro 3: Grupo de estudo dirigido de um texto[8] e exposição dialogada para embasar a discussão sobre juventude.

Processo educativo emancipatório: a abordagem histórico-critica. (Dois encontros)

Objetivo: Apresentar novas ferramentas de ação, especialmente no campo da educação sobre drogas. Debater sobre as possibilidades de novas formas de abordagem do fenômeno do consumo de drogas e fazer uma análise sobre as tradicionais formas de educação em saúde.

Estratégias: Exposição dialogada a partir das experiências de educação em saúde trazidas pelos participantes e também das experiências de processos educativos desenvolvidos pelos educadores.

Estudo dirigido e discussão de texto que discute processo educativo desenvolvido por Agentes Comunitários de Saúde (ACS).[9]

Abordagens preventivas: Discussão de projetos de prevenção e fechamento. (Um encontro)

Objetivo: Auxiliar na elaboração de projetos de prevenção desenvolvidos pelos participantes e que poderão ser implementados em diferentes espaços e com diferentes grupos sociais.

Realizar a avaliação do processo educativo empreendido até o momento.

Estratégias: A partir de um roteiro os participantes (divididos em grupos) desenvolvem um projeto de prevenção e depois estes projetos são debatidos em grupo para aprimoramento dos mesmos.

No fechamento do processo educativo foi solicitado que cada participante realizasse uma avaliação do processo educativo e apresentasse ao grupo significado do mesmo.

MOMENTO 2 – OFICINAS DE SUPERVISÃO COM REDUTORES DE DANOS

Ao término das oficinas de formação os agentes redutores de danos já estavam desenvolvendo diferentes atividades relacionadas ao consumo de drogas tais como:

[7] SOARES, C. B. Mais que uma etapa do ciclo vital: a adolescência como um construto social. In: BORGES, A.L.V.; FUJIMORI, E. (Org.). *Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica*. Barueri: Manole, 2009.

[8] SOARES, C. B. Agências de socialização e valores sociais: a família, a escola, os pares e o trabalho. In: BORGES, A.L.V.; FUJIMORI, E. (Org.). *Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica*. Barueri: Manole, 2009.

[9] TRAPÉ, C. A.; SOARES, C. B. A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da categoria práxis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, 2007, p. 142-149.

- Abordagem de usuários de drogas em diferentes espaços sociais (no território com as equipes da ESF; na rua e/ou nos locais de uso);
- Atividades de prevenção em escolas e outros espaços;
- Grupos nas unidades básicas de saúde;
- Participação em diversos espaços políticos
- Criação do Espaço Redução de Danos.

Os redutores de danos trouxeram a necessidade de uma atividade de supervisão junto aos responsáveis pela formação constituindo espaço de fortalecimento destes sujeitos a partir da reflexão crítica sobre possibilidades de atuação e dificuldades encontradas nas atividades de campo.

A estratégia utilizada para as atividades de supervisão foi construída coletivamente entre os sujeitos do processo e optou-se pela apresentação de situações vivenciadas em campo pelos redutores de danos para discussão, encaminhamentos e propostas de alternativas frente à dificuldades encontradas.

Os encontros continuaram com frequência quinzenal e se desenvolveram por mais cinco meses. Também nesse espaço de supervisão foi estimulada a participação dos redutores de danos em atividades políticas como movimentos sociais que militam na área das drogas e espaços de estudo sobre o tema.

Análise do processo educativo e primeiros resultados

Os participantes das oficinas de formação puderam ampliar suas formas de compreensão do fenômeno do consumo de drogas a partir da análise da realidade do consumo de drogas e da relação desse consumo com as formas de trabalhar e de viver da sociedade moderna.

Através de estratégias educativas participativas foi possível desenvolver compreensão ampliada do fenômeno do consumo de drogas relacionando-o ao modo de produção capitalista e à ideologia neoliberal e identificando a estreita relação que existe entre as formas problemáticas e compulsivas de consumo de substâncias psicoativas e as formas de trabalhar e de viver dos diferentes grupos sociais.

Com o entendimento sobre o processo de mercadorização-fetichização da droga foi possível desconstruir o estereótipo da substância como causa das mazelas sociais.

As oficinas impulsionaram o movimento de saída da zona de conforto e entrada em processo de questionamento ativo dos preconceitos e estereótipos relacionados aos usuários de drogas. No processo foram desacobertados diversos tipos de interesses que fomentam a guerra às drogas.

Concluiu-se que as consequências dessa guerra podem ser mais prejudiciais que o próprio consumo das mesmas.

Os participantes puderam perceber que a complexa questão do consumo de drogas na contemporaneidade, que se conecta com as desigualdades sociais e de acesso aos bens produzidos socialmente, exige ações intersetoriais para seu enfrentamento.

Como desdobramento da ampliação da compreensão do fenômeno do consumo de drogas na contemporaneidade desenvolveram-se já no período das oficinas de formação algumas práticas críticas e inovadoras por parte de alguns participantes do processo educativo, em especial os redutores de danos mais envolvidos com o processo.

Entre as práticas destacam-se:

- **Espaço Redução de Danos** – Espaço de convivência para usuários de drogas que são atendidos nas ações de campo dos redutores de danos e/ou frequentam o CAPS-Ad. Este espaço constitui-se como potente catalisador das necessidades de saúde dos usuários de drogas, uma vez que se propôs a dialogar com esses sujeitos, numa perspectiva de construção coletiva do espaço, das práticas e das regras que o regem. Também é um espaço que permite aos usuários serem sujeitos no processo, serem ouvidos e fortalecerem sua cidadania.

- **Ações educativas nas escolas públicas de alguns territórios e/ou nas Unidades Básicas de Saúde** – Essas ações educativas, coordenadas pelos redutores de danos, contavam com a participação (em alguns espaços) de trabalhadores da AB, especialmente Agentes Comunitários de Saúde e pautaram-se na educação histórico-crítica. Essa experiência possibilitou aos redutores de danos perceberem as diferenças entre os modelos educacionais tradicionais (e hegemônicos) e o modelo proposto, bem como a possibilidade de construção coletiva de estratégias inovadoras durante o processo, tornando o mesmo ainda mais enriquecedor.

- **Ações de Redução de Danos na Atenção Básica** – Como o *lócus* primordial das ações dos redutores de danos, definida pela Coordenação de Saúde Mental, era os equipamentos da AB, os redutores de danos, cada um responsável por duas UBS da rede municipal de saúde, atuavam cotidianamente nesses espaços. Porém, eles traziam para as oficinas de supervisão dificuldades para encontrar espaços de atuação na AB, uma vez que os trabalhadores ali inseridos encontravam-se bastante afastados da reflexão crítica sobre o consumo de drogas, por conta das formas como estão organizados os processos de trabalho nesses equipamentos.

- **Participação política dos redutores de danos** – A atividade de participação política, considerada uma forma de fortalecimento dos sujeitos, passou a ser desenvolvida pelos redutores de danos, que encontraram nesses espaços, questões que dialogavam com a realidade que estes traziam das práticas nos campos de atuação desses trabalhadores.

Outro ponto importante que esses sujeitos trouxeram para o debate nas oficinas de supervisão, a partir das experiências de participação em distintos espaços, foi a ausência de usuários de drogas nos espaços de participação e a importância de apoiar a visibilidade desses sujeitos, instrumentalizando sua vocalização para construção de uma rede de atenção que realmente dialogue com as necessidades de saúde dos mesmos.

Cabe salientar que a síntese, realizada a partir da reflexão proposta ao longo das oficinas de formação, ocorreu de forma desigual entre os participantes. Isso foi se mostrando evidente já no período de desenvolvimento do processo educativo e tornou-se mais claro no momento em que os participantes do processo educativo foram chamados a realizarem práticas direcionadas aos usuários de drogas ou refletirem sobre tais práticas.

Os redutores de danos, mais envolvidos com as questões relacionadas à formação, apreenderam de forma significativa os conceitos trabalhados durante as oficinas de formação, ficando evidente este fato já nos últimos encontros da formação, em que estes sujeitos lideraram o debate. Já nas oficinas de supervisão, quando estes redutores de danos vão para o campo, em especial nos equipamentos de saúde e apontam as dificuldades de desenvolvimento de práticas de redução de danos nesses espaços da AB (que tinham trabalhadores participando das oficinas), torna-se evidente que alguns participantes não conseguiram realizar essa nova síntese.

Nas últimas oficinas de supervisão iniciamos um exercício de avaliação sobre as práticas desenvolvidas ao longo do ano, a partir das conquistas alcançadas e dos desafios apresentados, possibilitando a reflexão e construção de um planejamento de ações para o ano de 2013 a partir desse processo avaliativo.

Constatou-se que houve avanços na construção de uma rede de atenção aos usuários de drogas, refletidas nas práticas inovadoras desenvolvidas pelos redutores de danos, que iniciaram um movimento de transformação do modelo de atenção voltado aos usuários de drogas, pautados pelo paradigma da RD.

Entretanto, esse movimento transformador esbarra com dificuldades e desafios presentes ao longo do caminho. Essas dificuldades, ao invés de imobilizar, impulsionam os atores a pensarem estratégias criativas para superar tais barreiras e as oficinas de supervisão, especialmente as avaliativas, serviram de espaço fecundo para o surgimento de propostas, configurando-se num espaço de construção da *práxis*.

Algumas ideias construídas nesse processo foram:

- **Investimento na aproximação com os serviços da AB** - Através de uma visita da coordenadora da ERD aos gerentes das unidades para discutir sobre as ações desenvolvidas (avaliação) e construção conjunta das ações para o próximo ano. Foi pensado também em estratégias de aproximação distintas para as unidades que se encontram mais abertas às ações de RD e para aquelas onde os redutores de danos encontraram maior dificuldade de atuação.

- **Continuidade e expansão das atividades educativas desenvolvidas com jovens nas escolas públicas do município** – Os redutores de danos avaliam positivamente as atividades que desenvolveram com jovens nas escolas e pretendem dar seguimento aos grupos, ampliando-os e construindo com esses jovens espaços de reflexão crítica sobre questões relacionadas à juventude nos dias atuais. Esses espaços de educação e reflexão com os jovens foram considerados pelos redutores de danos que desenvolveram tais ações como experiências muito ricas em aprendizado para esses trabalhadores.

- **Ampliação das atividades do Consultório na Rua com abertura de novos campos** – Essa proposta veio à tona após reflexão sobre as possibilidades concretas de ampliação, uma vez que o número de redutores de danos continuaria o mesmo. Mas essa atividade de campo se mostrou bastante importante ao longo do ano, especialmente na abordagem e construção de vínculo com grupos de usuários de drogas mais marginalizados e excluídos. Assim, foi definido o próximo campo a ser "aberto" pelos redutores de danos, e que essas atividades só se iniciariam no segundo semestre de 2013, após mapeamento do território e construção das estratégias que seriam utilizadas nas ações.

- **Aproximação com a Coordenação de DST/AIDS do município** – Os redutores de danos avaliaram como necessário a aproximação do setor de DST/AIDS das discussões/reflexões sobre as ações direcionadas aos usuários de drogas do município e foi desenhado estratégias de aproximação como o desenvolvimento de ações conjuntas.

- **Fortalecimento do Espaço Redução de Danos** – Os redutores de danos consideram esse um espaço potente (mas não suficiente) para que os usuários de drogas vocalizem suas necessidades e comecem a participar da construção da política de drogas que desejam para o município, fortalecendo-os e estimulando sua participação política. Entretanto, os redutores de danos apontam a necessidade de instrumentalização desses sujeitos a partir da compreensão crítica do fenômeno do consumo de drogas na contemporaneidade, uma vez que, eles perceberam que estes encontram-se ainda mais dominados pelo discurso do senso comum, reproduzindo, eles próprios, todos os preconceitos que são desfilados para eles pela sociedade. A partir dessa percepção os redutores de danos pensaram em transformar o Espaço Redução de Danos não só num espaço de convivência, mas também num espaço de reflexão sobre as condições de vida e trabalho desses usuários.

- **Criação do Fórum sobre drogas e direitos humanos de Embú das Artes** – Os redutores de danos perceberam a necessidade de ampliar os espaços de discussão, reflexão e fomento de ações pautadas no paradigma da RD. Para isso, acham pertinente a criação desse fórum para que a sociedade participe dos debates acerca do fenômeno do consumo de drogas.

Tais ações foram pensadas para serem implementadas a partir de fevereiro de 2013 numa perspectiva de continuidade das ações de RD no município e a futura institucionalização da RD como paradigma norteador das políticas públicas sobre drogas no município.

Considerações finais

A partir de processo educativo crítico foi possível instrumentalizar os sujeitos sobre a necessidade de construção de uma rede de atenção aos usuários de drogas pautadas no paradigma da RD, que rompe com a ideologia do senso comum sobre drogas, ao ampliar a compreensão do fenômeno do consumo de drogas na contemporaneidade. Esse processo educativo embasa a elaboração de alternativas ao modelo de atenção hegemônico e possibilita a construção de práticas inovadoras e criativas na área de drogas.

Já as oficinas de supervisão se mostraram imprescindíveis na construção dessas novas possibilidades de ação criativa, uma vez que constituíram espaços de reflexão sobre as práticas desenvolvidas nos territórios e possibilitaram a criação de propostas alternativas para lidar com os desafios postos ao longo do processo e com as nuances no território.

Conclui-se dessa experiência que para se implementar um projeto de real transformação dos modelos de atenção vigentes é necessário contínua instrumentalização dos sujeitos e reflexão crítica sobre as práticas desenvolvidas. ■

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Coordenação Geral de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Embú das Artes pela oportunidade de desenvolvimento desse processo educativo, em especial à psicóloga Cilene de Almeida, coordenadora da ERD, pela parceria e apoio.

Referências

ALMEIDA, A.H.; TRAPÉ, C.A.; SOARES, C.B. Educação em saúde no trabalho de enfermagem. In: SOARES, C.B., CAMPOS, C.M.S. *Fundamentos de Saúde Coletiva e o Cuidado de Enfermagem*. Barueri: Manole, 2013.

BARROS, S.; SALLES, M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem - USP,* São Paulo, v. 45, esp.2, 2011, p. 1780-1785.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FONSECA, E.M.; BASTOS, F.I. Política de Redução de Danos em perspectiva: Comparando as experiências americana, britânica e brasileira. In: ACSELRAD, G. (org). *Avessos do prazer: Drogas, AIDS e Direitos Humanos.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

GONÇALVES, R.W.; VIEIRA, F. S.; DELGADO, P.G. G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.46, n.1, 2012, p. 51-58.

JOURDAN, M. Casting light on harm reduction: Introducing two instruments for analysing contradictions between harm reduction and non-harm reduction. *Interational Journal of Drug Policy,* v.20, 2009, p. 514-520.

RIGONI, R.Q. *Assumindo o controle:* organizações, práticas e a experiência de si em trabalhadores da Redução de Danos na região metropolitana de Porto Alegre. 2006. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Algre, 2006.

SANTOS, V.E.; SOARES, C.B.; CAMPOS, C.M.S. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis*, v. 20, p. 995-1015, 2010.

SAVIANI, D. *Pedagogia histórico-crítica*. 9.ed. Campinas: Autores Associados, 2005.

SILVA, S. M.; SOARES, C.B.; SANTOS, V.E. An Evaluation of the Harm Reduction Unit in Santo André City, São Paulo State, Brazil. *Social Medicine*, v. 5, p. 161-167, 2010.

SOARES, C. B. Consumo contemporâneo de drogas e juventude: A construção do objeto na perspectiva da Saúde Coletiva. 2007. Tese (livre docência). São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

SOARES, C. B**.** *et al*. Juventude e consumo de drogas: oficinas de

instrumentalização de trabalhadores de instituições sociais, na perspectiva da saúde coletiva. *Interface*, v. 13, 2009, p. 189-199.

_____. Avaliação de ações educativas sobre consumo de drogas e juventude: a práxis no trabalho e na vida. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 9, 2011, p. 41-60.

Recebido para publicação em abril/2013.
Versão definitiva em junho/2013.
Suporte financeiro: não houve.
Conflito de interesse: inexistente.

Oficinas terapêuticas do Centro de Atenção Psicossocial II do município de Montes Claros: percepções de usuários e seus familiares

Therapeutic workshops of the Centro de Atenção Psicossocial II from Montes Claros municipality: perceptions from users and their families

Francielle Batista Veloso[1], Aparecida Rosângela Silveira[2], Fabrícia Vieira de Matos[3], Marielle Alves Silveira[4], Raquel Aparecida Gomes Lopes[5], Márcia de F. Ribeiro[6], Letícia Marques Pinheiro[7]

[1] Graduanda do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Montes Claros (MG), Brasil. franciellebatistaveloso@yahoo.com.br

[2] Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. silveira.rosangela@uol.com.br

[3] Especialista em Saúde da Família pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora na Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Montes Claros (MG), Brasil. Enfermeira na Secretaria de Saúde de Montes Claros (MG), Brasil. Coordenadora do PET Saúde- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Saúde Mental, Álcool, Crack e outras Drogas na Unimontes – Montes Claros (MG), Brasil. matosfabricia@yahoo.com.br

[4] Graduanda do curso de Serviço Social da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Montes Claros (MG), Brasil. marielesilveiramoc@yahoo.com.br

[5] Graduanda do curso de Educação Física da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Montes Claros (MG), Brasil. raquel-gl@hotmail.com

[6] Especialista em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Montes Claros (MG), Brasil. Preceptora do PET Saúde/ Saúde Mental, álcool, crack e outras Drogas na Unimontes. marciadief@yahoo.com.br

[7] Graduanda do curso de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Montes Claros (MG), Brasil. marilets_7@hotmail.com

RESUMO: Este estudo elucida a percepção de usuários e familiares quanto à participação das oficinas terapêuticas no tratamento no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II, em Montes Claros/MG. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com oito usuários e oito familiares. Foram identificadas as seguintes categorias de percepção: Ocupar o tempo e Mente vazia oficina do diabo (usuários e familiares), O que você quer fazer hoje? e Eu gostava mesmo era de conversar (apenas usuários) e Eu não tive assim aquele conhecimento (apenas familiares). Os entrevistados percebem as oficinas terapêuticas de forma ainda distanciada do seu propósito de socialização no contexto da atenção psicossocial.

PALAVRAS CHAVE: Oficinas terapêuticas; Atenção psicossocial; Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT: *The present work investigates users and their families' perception on therapeutic workshops role in the treatment at Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II, in Montes Claros/MG. Semi structured interviews were carried out with 8 users and 8 family members. The following perception categories were identified: Occupy time and Empty mind, devil´s factory (users and family members), What would you like to do today? and What I really liked was the talking (users only) and I wasn´t aware of it (family members only). The interviewees perceive the therapeutic workshops in a manner that deviates from its purpose of socialization in the psychosocial care context.*

KEYWORDS: *Therapeutics workshops; Psychosocial care; Qualitative research*

Introdução

No Brasil, o Movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciado na década de setenta e tido como processo histórico de formulação prática e crítica às formas vigentes de cuidado da loucura, teve como fundamento uma nova concepção de homem como ser biopsicossocial (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005). Tal movimento implicou em reformulações nas práticas dos serviços, com abertura para novas posturas éticas, novas ações e a reestruturação de práticas de cuidados, entre elas as oficinas terapêuticas.

Historicamente, as atividades com fins terapêuticos foram introduzidas nas instituições psiquiátricas no Brasil, ligadas, primeiramente ao trabalho e servindo ao propósito de disciplinar e reabilitar o doente mental à ordem vigente dos manicômios. Essa realidade começa a ser alterada em torno de 1940, quando Nise da Silveira inseriu no Rio de Janeiro a arte-terapia, onde foram aplicadas técnicas elaboradas de fortalecimento e expressão do eu, concebidas a partir da descoberta de estudos psicanalíticos do inconsciente, em oficinas de expressão como dança, escultura, música, pintura e trabalhos manuais, e em atividades recreativas – jogos, passeios e festas (MENDONÇA, 2005).

A Reforma Psiquiátrica, sob os paradigmas da desinstitucionalização e desospitalização progressiva da assistência psiquiátrica e da reabilitação psicossocial, propõe um modelo baseado no tratamento aberto e de base territorial, que se constitua enquanto um processo social (CEDRAZ, 2006). Nesse sentido, a proposta de desinstitucionalização implicou na criação de serviços substitutivos, como os CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, os hospitais-dia, os centros de convivência que são serviços de atenção diária às pessoas com sofrimento mental, instituídos no Brasil a fim de se alcançar os objetivos propostos pela reforma psiquiátrica, promovendo a sociabilidade e a produção de subjetividades (AMARANTE, 2007).

Neste contexto de novos serviços, as oficinas estabelecem novas práticas e se deslocam para os novos espaços de convivência, criação e reinvenção do cotidiano. As funções que estas devem desempenhar são de socialização, expressão e inserção social, tendo em vista que perseguem os objetivos de "maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas e o exercício coletivo da cidadania" (BRASIL, 2004, p. 20), sendo, portanto, vistas como enriquecedoras, pois possuem uma finalidade política e social que está associada à clínica (GUERRA, 2000), em que a política e a clínica se articulam por meio das ações que buscam promover a cidadania e autonomia, segundo a singularidade de cada sujeito (CAMPOS, 2005; MENDONÇA, 2005).

Cedraz e Dimenstein (2005) afirmam que as oficinas terapêuticas estão intimamente ligadas ao princípio da Reabilitação Psicossocial, que busca inserir a pessoa com sofrimento mental na sociedade através de ações como a inserção do usuário em atividades artísticas, artesanais, no trabalho, entre outros. Por sua vez, Saraceno (2001) aponta que as oficinas encontram sua potencialidade na capacidade de romper com práticas manicomiais e permitir a conexão com a vida e as redes sociais, enfim, de produzir saúde.

Tendo como pressuposto a configuração das oficinas terapêuticas no contexto da Reforma Psiquiátrica, o presente estudo busca suscitar uma reflexão a seu respeito a partir das práticas de cuidado correntes dos trabalhos e das estratégias desenvolvidas junto aos familiares e usuários do CAPS II do município de Montes Claros, a partir da análise de suas percepções.

Metodologia

A metodologia utilizada foi fundamentada no método qualitativo. Realizou-se a pesquisa de campo com base na realização de entrevistas semi-estruturadas direcionadas aos usuários do CAPS II de Montes Claros e seus familiares.

Os critérios de seleção dos entrevistados se deram de forma intencional, levando-se em consideração: usuários que estavam em alta da permanência dia há no mínimo seis meses e máximo dois anos; o tempo que frequentaram o serviço sendo atendidos na permanência dia do CAPS II por um período de no mínimo três meses em uma das modalidades de atendimento

ofertadas pelo serviço (não intensivo, semi-intensivo e intensivo); considerou-se, ainda, se possuíam boas condições de comunicação e os vínculos com esses serviços. A equipe profissional do CAPS II indicou o usuário e seu respectivo familiar.

Foram realizadas dezesseis entrevistas, com oito usuários e um dos seus respectivos familiares. Utilizou-se o critério de saturação para interromper o número de entrevistados. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Os Termos de Consentimentos livres e esclarecidos foram assinados em duas vias pelos entrevistados para fins da realização da entrevista. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Montes Claros sob o parecer nº 2800/2011.

Para a análise dos dados coletados utilizou-se a análise de conteúdo em que as categorias foram construídas internamente, ou seja, a partir das expressões comuns que emergiram das falas dos sujeitos entrevistados.

Resultados

A partir da leitura exaustiva e análise dos dados foi possível identificar quatro categorias que se destacam das expressões comuns dos usuários entrevistados do CAPS II de Montes Claros, e três dos familiares. É válido ressaltar que os nomes atribuídos a essas categorias são fragmentos das falas dos próprios entrevistados. Sendo que duas categorias coincidem entre familiares e usuários: **'Ocupar o tempo'** e **'Mente vazia oficina do diabo'**. Como categoria de usuários tem-se: **'O que você quer fazer hoje?'** e **'Eu gostava mesmo era de conversar'**. E dos familiares: **'Eu não tive assim aquele conhecimento'**.

A partir da análise da fala dos usuários entrevistados do CAPS II foi possível perceber que estes entendem as oficinas terapêuticas como instrumento para ocupar e preencher o tempo. Daí o nome da primeira categoria: **'Ocupar o tempo'**. Eles demonstram que o fato de ocupar o tempo serve para distração, como é percebido na seguinte fala:

> *Tinha jogar baralho, jogar sinuca esses negócios assim sabe? Para também passar o tempo, para distrair [...] eu achava ruim, depois que eu fui fazer os tapete é que eu descobri que era para fazer os tapetes, que era para ocupar o tempo sabe? (Usuário 7).*

No entanto, chama atenção a fala de um usuário que aponta as oficinas terapêuticas como mera ferramenta para ocupação do tempo, não lhe acrescentando em nada, tendo em vista que não considera uma atividade considerada útil no tratamento.

> *Ah, eu entendia inútil, porque aquilo ali pra não ia me acrescentar em nada, que era uma coisa [...] só mesmo pra passar o tempo mesmo [...] porque igual eu fazer uma coisa que eu que que só pra você passar o tempo né. (Usuário 8).*

Por sua vez, os familiares entrevistados compartilham a mesma percepção dos usuários. Demonstram que é mais benéfico ir para o CAPS II desenvolver alguma atividade do que ficar em casa com tempo ocioso.

> *Uma pessoa que tem o problema que ela teve ficar em casa, às vezes sem fazer nada e lá tendo um acompanhamento com as atividades passando um tempo é muito bom sim. (Familiar 8).*

Nesse sentido, para os familiares entrevistados a expressão 'ocupar o tempo' representa uma das funções das oficinas terapêuticas:

> *Ah, ela fazia pra igual eu to falando, pra ocupar o tempo. (Familiar 2).*

> *Pois é, quando ela ficou ruim mesmo né, assim sem condição, ela ia ficava lá o dia todo pra passar o dia e acabava ocupando o tempo. (Familiar 8).*

Os usuários entrevistados percebem que as oficinas terapêuticas por eles realizadas no CAPS II serviam para distrair, para ocupar, para melhorar a mente

e deixá-la mais leve. A partir de então se obteve a segunda categoria: **'Mente vazia oficina do diabo'**. Eles consideram importante ter sempre algo para fazer, pois muitos relatam que antes de participarem das oficinas terapêuticas tinham pensamentos ruins e depois passaram a pensar em coisas boas. É possível identificar essa ideia no seguinte trecho:

> *Pra melhoria né, pra ocupar mais a mente, pra gente não ficar com a mente vazia, pensando besteira, então você fazendo as atividades vocês esquece [...] você vai ficar ah, o quê que eu to fazendo nesse mundo e tudo essas coisa, coisinha banais sabe, que acaba prejudicando a saúde da pessoa então assim, pra mim poder ficar parada eu prefiro fazer alguma coisa. (Usuário 4).*

Também é possível identificar nas falas dos familiares entrevistados a percepção de que mente vazia é oficina do diabo. Assim, a ocupação da mente é imprescindível para amenizar a ociosidade, que é vista de maneira negativa, como se pode observar:

> *Inclusive os que têm a mente saudável precisa de atividade, porque a ociosidade, como diz é cabeça fechada é oficina do diabo num é? [...] Então a ocupação, a terapia ocupacional é muito importante, até pra quem num precisa dela. (Familiar 5).*

> *Quando a pessoa tá fazendo algum tipo de atividade ela tá exercendo a mente e se ela ficasse lá sem fazer nada às vezes assim poderia não tá ajudando. (Familiar 8).*

> *Eu aprendi que a gente tem que fazer alguma coisa na vida, não pode ficar parado, tem que exercer uma função porque mente vazia é oficina do diabo, né? (Usuário 4).*

Os familiares entrevistados têm duas percepções quanto à utilidade das oficinas terapêuticas, uma é que elas fazem parte do tratamento ofertado pelo serviço e a outra é que as oficinas atestam o resultado do tratamento. Eles ainda entendem que a ocupação da mente serve para melhorar o desenvolvimento dos usuários:

> *Através dos trabalhos né, e eu acho que a pessoa ocupa a mente também né, e fala que mente vazia é oficina do diabo [..] essas oficinas também pra eles melhorou bastante né que a pessoa ocupa a mente né e vai trabalhando, desenvolvendo, e vai melhorando essa metade da pessoa. (Familiar 2).*

É possível identificar que os usuários entrevistados possuem liberdade para escolher a atividade que querem realizar, uma vez que são indagados com a seguinte expressão: 'O que é que você quer fazer hoje?'. Alguns afirmam que escolhem o que gostam de fazer. Eles também demonstram que têm autonomia para não fazer alguma atividade se não querem e que as fazem por espontânea vontade.

> *O paciente escolhia o que queria fazer né, então era assim o que o paciente gostava de fazer, que às vezes uns gostava de fazer uma coisa, [...] ai o que ele gostava, participar participava de todas né, o que ele gostava, gostava de fazer, ele fazia. [...] Que você vai desenvolvendo, fazendo a coisa que você gosta, você tem a oportunidade, eles te dão a oportunidade de fazer coisas que você gosta né, não te obriga a nada, você escolhe né, então é importante pro paciente melhorar né. (Usuário 2).*

> *Eu escolhia, porque eu é que escolhi o tapete sabe? Tinha mais atividade, mas aí a menina falou assim para mim escolher, aí eu escolhi fazer o tapete. (Usuário 7).*

Entretanto, identificou-se que essa liberdade de escolha está restrita às poucas opções existentes no CAPS II, como se observa:

> *Ah, lá você escolhe o que você quer fazer, lá ninguém fala: "Você vai fazer isso, você vai*

fazer aquilo" você escolhe o que você vai fazer, mas, era limitado. (Usuário 8).

Eles falavam: "o que você quer fazer hoje, boneca ou tapete?" às vezes eu queria boneca, às vezes tapete. (Usuário 1).

Mediante a fala dos usuários entrevistados, denota-se que as oficinas terapêuticas propiciam um espaço para o diálogo e vários deles assumem que o que gostavam de fazer era conversar, nas próprias palavras: **'Eu gostava mesmo era de conversar'**. Assim verifica-se:

Eu fazia crochê, aquele fuxico essas coisa, na época né eu até nem gostava de fazer, que na verdade o que eu gostava mesmo era de conversar, porque eu fico muito só, quando eu encontro alguém pra conversar eu converso muito e aí o crochê eu fazia em casa, trazia o bordado e trazia em casa, ficava mais conversando. (Usuário 8).

Nas falas dos familiares entrevistados, verifica-se pouco conhecimento sobre o CAPS II, surge então a categoria: **'Eu não tive assim aquele conhecimento'**. Eles demonstram que há falta de conhecimento sobre a forma como as oficinas terapêuticas funcionam e sua finalidade no tratamento:

Eu conheço, mais ali é pouco né, eu ia lá só pra buscar ela, levar [...] é igualzinho eu falei, que eu tenho pouco conhecimento, eu não posso acrescentar porque né eu não tive assim aquele conhecimento, eu não tive lá assim muito adentro assim pra mim falar. (Familiar 2).

Eu não tive assim aquele contato diretamente dentro do CAPS, [...] eu só ia lá se se quando as pessoas, se os funcionários do CAPS né entravam em contato comigo, ai eu ia até lá, mas só até a portaria, lá dentro mesmo do CAPS mesmo eu nunca tive assim um acompanhamento com eles diretamente. (Familiar 4).

Discussão

"Eu gostava mesmo era de conversar"

Os usuários entrevistados demonstram que as oficinas terapêuticas proporcionam um espaço para conversa. Alguns relatam que gostavam de conversar. Considera-se, nesse sentido, que, ao conversarem, têm a oportunidade de estabelecer uma interação no âmbito do CAPS e no âmbito da sociedade. Esses aspectos se referem a um dos grandes objetivos das oficinas terapêuticas, que diz respeito à reinserção social. Entendida como uma forma de se reconstruir as perdas que possam ter ocorrido, de maneira que a pessoa com sofrimento mental tenha condições de reconstruir sua rede social e exercer de forma plena a sua cidadania (OBID, 2007).

A partir do paradigma da atenção psicossocial, os serviços substitutivos, entre eles o CAPS, enquanto espaço prioritário para o tratamento na crise, objetivam inserir as pessoas com sofrimento mental na teia social, pois o atendimento a essas pessoas pauta-se na "coletividade de seus relacionamentos afetivos, sociais, familiares e comunitários" (AZEVEDO; MIRANDA, 2011, p. 340). A reinserção social é, portanto, um meio que possibilita recuperar estas pessoas enquanto cidadãos (RAUTER, 2000). Nesse sentido, as oficinas terapêuticas se inserem na lógica da atenção psicossocial, e se destacam por se constituírem "novas formas de acolhimento, de convivência, de mediações do diálogo e de acompanhamento que associa a clínica à política" (RIBEIRO *et al.*, 2008, p. 517).

As oficinas terapêuticas também são caracterizadas como atividades grupais que devem proporcionar a socialização, a expressão e a inserção social (BRASIL, 2004). Enquanto atividade grupal e não isolada, a lógica dessas atividades consiste na troca de experiências, de ideias, de saberes, o que tem como um dos principais meios de viabilização o diálogo, a comunicação verbal. Nesse sentido, as oficinas terapêuticas buscam dar espaço às subjetividades de cada indivíduo, recuperando-o na sua singularidade e historicidade (GUERRA, 2000). Como menciona Rauter (2000), estas também devem ser um caminho para proporcionar aos usuários dos serviços de saúde mental o acesso aos meios de comunicação.

Azevedo e Miranda (2011, p. 341) corroboram com esta ideia, afirmando que as oficinas podem ser consideradas terapêuticas "quando possibilitarem aos usuários dos serviços um lugar de fala, expressão e acolhimento". Segundo Valladares et al., (2003) as oficinas terapêuticas configuram-se como um processo que permite aos usuários expressarem seus sentimentos, suas emoções e suas vivências singulares. O diálogo e a conversa constituem-se, assim, como meios de grande importância para o alcance dessas expressões. Ribeiro et al. (2008, p. 518) consideram que "na atenção psicossocial, a maior conquista se dá na prática do diálogo, no respeito às singularidades e aos direitos daqueles que utilizam os serviços e querem ser ouvidos e considerados em sua totalidade biopsicossocial".

Os usuários entrevistados, a partir de suas falas, demonstram que sua participação nas oficinas terapêuticas desenvolvidas no CAPS II tem possibilitado que estes desenvolvam a conversa, o diálogo. Entende-se ser este um passo significativo rumo ao alcance dos objetivos das oficinas terapêuticas, uma vez que, compreendê-las como espaço para conversa significa atribuir-lhes o seu caráter interativo e socializador, caráter este que se mostra condizente com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

'Eu não tive assim aquele conhecimento'

Ao demonstrarem, através de suas falas, o pouco conhecimento sobre os serviços desenvolvidos no CAPS II, os familiares entrevistados reforçam a ideia de que ainda persiste um grande desafio de inclusão dos familiares no âmbito dos projetos terapêuticos dos usuários voltados para a saúde e para a vida em suas diversas dimensões sociais e afetivas (AZEVEDO; MIRANDA, 2011). Além disso, é preciso destacar que a relação entre profissionais de saúde mental e as pessoas com sofrimento psíquico e seus familiares foi historicamente distanciada (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

Os familiares entrevistados relatam que iam ao CAPS II apenas levar e buscar seu familiar, o que traz como consequência um desconhecimento destes a respeito dos serviços ofertados pelo CAPS e das atividades desenvolvidas em seu âmbito, dentre elas as oficinas terapêuticas. Tal achado aponta para um distanciamento a ser superado entre familiares e serviços em direção à construção de projetos de vida contextualizados à realidade dos usuários e suas relações. A falta de conhecimento sobre as práticas do serviço, entre elas, as oficinas terapêuticas, poderá se colocar como um grande obstáculo ao desenvolvimento desse serviço. A família deve ser parceira dos serviços de saúde mental, o que se expressa não apenas no conhecimento do serviço no qual o seu familiar está inserido, mas também na participação ativa nos cuidados desenvolvidos.

Diante desse debate, é relevante destacar a importância que os profissionais do CAPS têm no processo de inserção ou aproximação dos familiares ao serviço. Cabendo-lhes a tarefa de desenvolver junto a eles a corresponsabilidade no tratamento do usuário (AZEVEDO; MIRANDA; 2011). Entretanto, essa aproximação não é um processo estável, nem fácil, mas é extremamente necessário, pois o trabalho conjunto entre CAPS e família é importante para não se fragmentar o cuidado (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008). Como apontam Bielemann et al., (2009), sobre a família hoje, o serviço precisa estar com as portas abertas à inserção desta família, integrando-a e incentivando sua participação frente às atividades desenvolvidas pelo serviço, ao mesmo tempo, dando suporte para que essa possa conjuntamente contribuir para a manutenção da saúde do usuário do serviço (BIELEMANN *et al.*, 2009, p. 132).

A proximidade da família com o CAPS e com os profissionais também se mostra pertinente por possibilitar a esta maior condição de enfrentamento das dificuldades vivenciadas no seu cotidiano com o usuário, dando-a possibilidade de enfrentá-las de forma menos dolorosa (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

Ocupar o tempo'

A partir da análise dos dados coletados, pode-se inferir que tanto os usuários entrevistados do CAPS II quanto seus familiares entrevistados têm uma visão distanciada das funções das oficinas terapêuticas, que devem se prestar a desenvolver a socialização, expressão e inserção social dos usuários da saúde mental e atenção psicossocial (VALLADARES et al., 2003, p.5). Para a maioria

dos entrevistados prevalece a opinião de que o trabalho ali realizado é mera ocupação do tempo. A ideia de que a ociosidade é prejudicial ao tratamento é constante e seria, portanto, atribuição do serviço mantê-los sempre em exercício. Sobre tal perspectiva Cedraz (2006, p. 314) escreve que

> *há uma expectativa de que as horas passadas no serviço possam ser ocupadas integralmente com atividades que preencham o excesso de tempo disponível e aliviem o sofrimento. [...] Assim sendo, a ausência de oficina significa, para o usuário, ausência de tratamento, ao invés de ser motivo para criação espontânea de uma atividade qualquer ou simplesmente possibilidade de usufruir um tempo livre, para a produção de novos circuitos, redes sociais e afetivas. (CEDRAZ, 2006, p. 314).*

Valladares *et al.*, (2003, p.6) expõe que nos antigos moldes de tratamento psiquiátrico, os objetivos dos trabalhos em oficinas eram "ocupação do tempo, entretenimento e não ficar sem fazer nada." Contudo, após a Reforma Psiquiátrica, a expectativa é de que as habilidades fossem desenvolvidas, a autonomia e o poder contratual fossem aumentados, possibilitando que a singularidade e o desenvolvimento das potencialidades criativas sejam valorizadas e que mais um passo seja dado rumo à reinserção social (VALLADARES *et al.*, 2003).

A concepção de que o ócio abre espaço para pensamentos ruins está bem arraigada no pensamento dos usuários e familiares entrevistados. Há o temor de que não participar efetivamente das oficinas terapêuticas possa piorar o estado mental dos usuários. Portanto, eles compreendem que a ocupação da mente é essencial para sua real recuperação. Esse pensamento de que a participação nas oficinas terapêuticas objetiva preencher a mente, parte do pressuposto de que as oficinas estão restritas a terapias de distração capazes de reduzir a expressão agressiva dos indivíduos, sendo este o mecanismo da terapêutica (VALLADARES et al., 2003).

No entanto, perceber as oficinas terapêuticas do CAPS II como simples canais para a agressividade e tratamento da crise denota uma perspectiva antiga, condizente com o modo de tratar anterior à Reforma Psiquiátrica. Atualmente, almeja-se com eles o rompimento com o isolamento, bem como a introdução no mundo social, entre outros fatores (VALLADARES et al., 2003).

A ideia das oficinas como meios de preencher as lacunas da mente parece estar se consolidando, tendo em vista que esta é recorrente na fala dos usuários e familiares entrevistados do CAPS. Entretanto, deve-se ter em mente que "[...] as oficinas terapêuticas devem ter caráter transformador [...]" (CEDRAZ, 2006, p. 80-81). O caráter de entretenimento das oficinas, segundo Saraceno (2001), apresenta duas vertentes: uma vertente de atividade voltada para reprodução de enfermidades e controle social e outra, de produção de saúde através de construção de laços, relações, descobertas de potencialidades e espaços de expressão e compartilhamento de dificuldades e conflitos. Na perspectiva da atenção psicossocial, as oficinas terapêuticas devem romper com a lógica de entretenimento como ocupação do tempo.

'O que é que você quer fazer hoje?'

Foi possível identificar que, durante sua permanência no CAPS II, os usuários entrevistados possuíam liberdade para escolher a atividade que queriam realizar. Alguns afirmam que escolhiam o que gostavam de fazer. Também revelam que tinham autonomia para não fazerem alguma atividade se não quisessem. A esse respeito, percebe-se que as oficinas terapêuticas não devem estar embasadas em cronogramas fechados de trabalho, em "[...] que se dita o quê, como ou quando fazer, em detrimento da escolha, da invenção, das necessidades dos usuários no contexto de sua subjetividade e de seu sofrimento mental ou uso de drogas" (AZEVEDO; MIRANDA, 2011, p. 343). No entanto é importante ressaltar que as vivências das oficinas terapêuticas por si só não garantem que os usuários desfrutem das suas próprias vontades, pretensões e anseios, em condições reais de experiências no "trabalho-arte-aprendizagem" (AZEVEDO; MIRANDA, 2011, p.345).

Campos (2005) afirma que, em se tratando das oficinas terapêuticas, deve-se saber despertar e respeitar a vontade de cada um, mesmo que em alguns dias a pessoa possa estar quieta e desinteressada e não faça nada.

Nem sempre deve-se cobrar sua participação, uma vez que deixá-la procurar de forma espontânea as atividades, acaba fazendo com que novas coisas nasçam, e o que se deve fazer nessas horas é procurar viabilizar sempre que possível o desejo deste usuário.

'Mente vazia, oficina do diabo'

Um aspecto que merece destaque é a forma frequente com a qual os usuários e seus familiares entrevistados recorrem ao dito popular "Mente vazia, oficina do diabo" para expressar o que lhes representa a participação nas oficinas terapêuticas. Eles compartilham a opinião de que a falta de atividades para preencher a mente faz com que esta fique permeada por pensamentos ruins, os quais são potencialmente prejudiciais ao processo de reabilitação. O que justifica que os entrevistados percebem as oficinas terapêuticas de forma positiva, pois propiciam e estimulam o desenvolvimento de atividades. Tal recorrência exemplifica quão relevante é o senso comum nas múltiplas visões de mundo da sociedade em geral. Sobre a onipresença do senso comum na vida cotidiana Azevedo (2008, p.2) afirma que "[...] o mundo da nossa vida cotidiana, mundo da nossa subjetividade e das nossas idiossincrasias, está impregnado de senso comum e este constitui parte vital do que chamamos de 'realidade' ".

Rodrigues et. al.(2010), em um estudo realizado no CAPS de Goiânia (GO), em 2005, identificou a mesma e influente presença do discurso popular quanto ao processo de tratamento de usuários do serviço CAPS II em Montes Claros (MG). Sobre essas percepções, Rodrigues et. al.(2010, p.1620) relatam que "os participantes narram a necessidade de estarem em atividades, para substituírem preocupações ou pensamentos negativos". E estes mesmos participantes recorrem também ao dito popular 'mente vazia, oficina do diabo'.

Segundo Oliveira (2009), os ditados, ditos populares e provérbios afirmam a cultura popular passada de geração em geração com base em experimentações naturais e evidências cotidianas. Assim, através desses provérbios, o senso comum apresenta hipóteses, as quais tentam "[...] prever fenômenos naturais ou explicar comportamentos psicológicos ou biológicos [...] Por meio de suas formas de generalizações, percebe-se que o fundamento do senso comum é as observações das evidências e experiências diárias somadas" (OLIVEIRA, 2009, p. 5).

Nesse sentido, a percepção dos entrevistados neste estudo quanto ao tratamento por meio das oficinas terapêuticas não foge a essa concepção popular, uma vez que infere-se que a opinião deles é extremamente influenciada pelo senso comum.

Considerações finais

As oficinas terapêuticas, a partir da Reforma Psiquiátrica, constituem em uma das principais atividades desenvolvidas no CAPS, enquanto serviços que têm o potencial de empoderamento dos usuários na reconstrução de suas relações e projetos de vida. Pautam-se na compreensão do usuário enquanto cidadão, devendo, portanto promover inserção social, autonomia e desenvolvimento de habilidades.

No âmbito do CAPS II de Montes Claros (MG), os usuários e seus familiares entrevistados demonstraram, na maioria dos casos, uma percepção das oficinas terapêuticas que se afasta de seus objetivos terapêuticos, pois percebem que elas têm a função de preencher o tempo ocioso, distrair a mente para não 'pensar em coisas ruins'. Já outros objetivos foram alcançados, uma vez que muitos usuários encontraram nelas um espaço aberto ao diálogo, pois propiciam a eles a oportunidade de comunicação e interação social. Percebe-se, também, que o princípio da autonomia é respeitado, porque alguns usuários relatam que possuem a liberdade de escolherem em qual atividade participar. Quanto aos familiares, pôde-se perceber um conhecimento precário quanto à condução do tratamento e participação nas oficinas terapêuticas no âmbito do serviço.

Ao verificar o distanciamento entre o serviço do CAPS e os familiares entrevistados, este estudo aponta para a necessidade de ações para aproximação destes. É preciso, por parte do CAPS, um convite à participação dos familiares no cuidado dos usuários. Apesar de este estudo apresentar as percepções de usuários e familiares quanto às oficinas terapêuticas, entende-se, também, ser de suma relevância conhecer as percepções

dos profissionais que estão inseridos nesse contexto, para conhecer se suas percepções aproximam-se ou não do entendimento dos usuários e seus familiares. Deste modo, pode-se obter uma visão mais abrangente do processo das oficinas no tratamento em saúde mental nos novos dispositivos da atenção psicossocial.

Por sua vez, faz-se necessário o desenvolvimento de outros estudos que possam produzir uma análise sobre as ações desenvolvidas pelo serviço, se elas estão conectadas com a produção de transformações rumo à qualidade de vida e saúde de seus usuários. ■

Referências

AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. de. Oficinas Terapêuticas como instrumento de Reabilitação Psicossocial: Percepção de Familiares. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 15, n. 2, p. 339-345, 2011.

AZEVEDO, R. Senso comum, samba e discurso popular. *Boitatá –Revista do GT de Literatura Oral e Popular da ANPOLL*. 2008. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/boitata/Volume-5-2008/Artigo_Ricardo_Azevedo.pdf.> Acesso em: 15 fev. 2012.

BIELEMANN, V. L. M.; *et al.* A inserção da família nos Centros De Atenção Psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 131-139, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS*: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

CAMATTA, M. W.; SCHNEIDER, J. F. Visão da família sobre o trabalho de profissionais de Saúde Mental de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista de Enfermagem*, v. 13, n. 3, p. 477-484, 2009.

CAMPOS, F. N. *Contribuições das Oficinas Terapêuticas de Teatro na Reabilitação Psicossocial de Usuários de um Caps de Uberlândia-MG*. Universidade Federal de Uberlândia. 2005. Disponível em: <http://www.webposgrad.propp.ufu.br/ppg/producao_anexos/014_Fernanda%20Nogueira%20Campos.pdf.> Acesso em: 10 fev. 2012.

CEDRAZ, A.; DIMENSTEIN, M. Oficinas Terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, v. V, n. 2, 2005, p. 300–327. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/271/27117013006.pdf.> Acesso em: 07 jun. 2011.

CEDRAZ, A. *Nem tudo que reluz é ouro*: oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica. 2006. Disponível em: <http://bdtd.bczm.ufrn.br/tedesimplificado/tde_arquivos/1/TDE-2007-02-16T012418Z-551/Publico/AriadneC.pdf. > Acesso em: 07 jun. 2011.

GUERRA, A. M. C. Oficinas em Saúde Mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: OFICINAS EM SAÚDE MENTAL: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. Rio de Janeiro: Contracapa, 2000.

MENDONÇA, T. C. P. As Oficinas na Saúde Mental: Relato de uma Experiência na Internação. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. *Psicologia Ciência e Profissão,* v. 25, n. 4, p. 626-635, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/pcp/v25n4/v25n4a11.pdf.> Acesso em: 16 jul. 2011.

Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID). *Reinserção Social*: definição. 2007. Disponível em:< http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php.> Acesso em: 18 mar. 2012.

OLIVEIRA, D. G. S. A Ciência, o Senso Comum e as suas contribuições para o conhecimento. *Revista Acadêmica Eletrônica*, v. 2, n. 1, p. 1-8, 2009. Disponível em: <http://www.facsumare.edu.br/Arquivos/1/raes/02/raesed02_artigo01.pdf.> Acesso em: 27 mar. 2012.

RAUTER, C. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P. (org). *Ensaios*: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000, p. 267-277. (Loucura e Civilização).

RIBEIRO, L.; SALA, A. L. B.; OLIVEIRA, A. G. B. As Oficinas Terapêuticas nos Centros de Atenção Psicossocial. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 12, n. 4, p. 516-522, out./dez., 2008. Dispo-

nível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0e44e2ac0fd.pdf.> Acesso em: 22 ago. 2011.

RODRIGUES, R. C.; MARINHA, T. P. C.; AMORIM, P. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, n. supl. 1, p. 1615-1625, 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15s1/073.pdf.> Acesso em: 25 mar. 2012.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Revista Escola de Enfermagem – USP*, v. 42, n. 1, p. 127-134, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf.> Acesso em: 25 mar. 2012.

VALLADARES, A. C. A. *et. al.* Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5, n. 1, p. 4-9, 2003. Disponível em: <http:/www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: 27 mar. 2012.

Recebido para publicação em março/2013.
Versão definitiva em maio/2013.
Suporte financeiro: não houve.
Conflito de interesse: inexistente.

Percepção dos usuários de crack e seus familiares quanto ao acesso e serviços oferecidos em hospitais gerais

Perception of crack users' and their family members regarding the access and services offered at general hospitals

Jactiane Anzanello[1], Miriam Thais Guterres Dias[2], Bernadete Dalmolin[3], Jaqueline da Rosa Monteiro[4], Antonio Bolis Oliveira Neto[5]

[1] Mestre em Ciências do Movimento Humano pelo Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil.
jactiane@hotmail.com

[2] Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) – Porto Algre (RS), Brasil. Professora e pesquisadora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil.
miriamtgdias@gmail.com

[3] Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora e pesquisadora da Universidade de Passo Fundo (UPF) – Passo Fundo (RS), Brasil.
berna@upf.br

[4] Doutoranda em Psicologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil.
jaque_monteiro@hotmail.com

[5] Graduado em Psicologia pelo Centro Universitário Franciscano. Residente em Saúde Mental do Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – Porto Alegre (RS), Brasil.
antoniobolis@gmail.com

RESUMO: Artigo apresenta resultados de pesquisa com usuários de crack e seus familiares quanto a percepção sobre acesso e avaliação da qualidade dos serviços oferecidos em internação em hospital geral. Pesquisa realizada em onze hospitais conveniados com o SUS de municípios da região Macro Metropolitana do Rio Grande do Sul. Estudo de abordagem quantitativa, com a coleta dos dados através de entrevistas estruturadas com usuários e familiares. Os dados analisados através de estatística descritiva. Os resultados mostram satisfação de usuários e familiares sobre o acesso e serviços prestados na internação. Avaliação esta importante para subsidiar e direcionar as políticas públicas em desenvolvimento nos hospitais gerais, com o intuito de permanente qualificação da atenção aos usuários de crack.

PALAVRAS CHAVE: Acesso. Hospitais gerais. Saúde mental. Crack.

ABSTRACT: *This article presents the results of a survey carried out with crack users and their families regarding their perception in relation to access and assessment of the quality of services offered in hospitalizations at General Hospitals. The survey was carried out in eleven hospitals under SUS (National Health Service) in the municipalities belonging to the macro metropolitan region of Rio Grande do Sul. A quantitative approach to data collection was used in this study as well as interviews with patients and their families. The data were analyzed through descriptive statistics. Results showed user and family satisfaction in relation to access and services provided in hospitals. Such evaluation is important to support and direct public policies being developed in general hospitals, with the aim of a continuing qualification of attention given to crack users.*

KEYWORDS: *Access; General hospitals; Mental health; Crack.*

1. Introdução

A Política Nacional de enfrentamento ao crack e outras drogas coloca o hospital geral como integrante necessário na estruturação de uma rede de atenção integral em saúde mental no Sistema Único de Saúde. As diretrizes e fundamentos desta política são a integralidade, o respeito aos direitos dos sujeitos com uso de álcool e outras drogas, cuidado à saúde preferencialmente no território, num horizonte de superação da lógica manicomial, por muitas décadas, hegemônica na política pública de saúde mental (AMARANTE, 1995; DIAS, 2001). A assistência em saúde mental foi modificada em diversos países no decorrer da história. Consolidaram-se legislação estadual e nacional a fim de avançar no campo das políticas públicas e que objetivaram atender as necessidades apontadas pela Reforma Psiquiátrica, traduzida como a criação de novos serviços de atenção a saúde mental e principalmente pela produção e acúmulo de saberes e práticas caracterizados como uma ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional (YASUI, 2010).

Para consolidar estes avanços, criaram-se redes de atenção integral em saúde mental, constituídas por Centros de atenção psicossocial (CAPS), ambulatórios especializados, Serviços Residenciais Terapêuticos, leitos em hospitais gerais, bem como políticas de substituição progressiva do modelo manicomial (MONTEIRO, 2009).

A estratégia de internações em Hospitais Gerais vem se mostrando fundamental para a estruturação de uma rede de atenção integral em saúde mental no Sistema Único de Saúde, conforme determina a Lei Federal 10.216 (2001) e a Lei Estadual 9.716 (1992).

No atual contexto ainda se faz necessário o enfrentamento da lógica manicomial, ainda muito presente nas concepções de gestores, profissionais de saúde e sociedade em geral. Um dos desafios para a efetivação da reforma psiquiátrica é a construção de uma referência para os momentos em que a situação da pessoa em sofrimento psíquico pelo uso da droga requer um cuidado intensivo da equipe de saúde, seja em municípios de pequeno, médio ou grande porte. Até pouco tempo, restava apenas a alternativa do hospital psiquiátrico para uma intervenção mais intensiva de cuidados em situações graves.

Atual e gradativamente, os hospitais gerais tem se inserido na rede de cuidados, constituindo-se numa alternativa terapêutica viável em diversos municípios. A orientação atual é de que, se necessário, as internações são prioritariamente em hospital geral e devem ser de curta permanência, conforme preconiza a Portaria n.º 3.088/2011:

> *"suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciarem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica" (BRASIL, 2011).*

No Estado do Rio Grande do Sul a Secretaria Estadual da Saúde vem construindo desde o ano de 1999 uma proposta de fortalecimento de uma rede de cuidados hospitalares regionalizada, ampliando leitos, inserindo os hospitais nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dentro dos sistemas municipais, macrorregionais, microrregionais e regionais (RIO GRANDE DO SUL, 2008). A partir da mobilização da sociedade e do Conselho Estadual de Saúde, a SES criou nos anos de 2005 incentivos financeiros para ampliação do número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, aprovados pela Resolução nº 140, da Comissão Intergestores Bipartite (RIO GRANDE DO SUL, 2005). Os incentivos de saúde mental para ampliação do acesso à internação em hospitais gerais com ênfase ao enfrentamento do crack colocou o Estado do RS como o de maior cobertura de leitos de saúde mental, se comparado com os demais estados da federação (BRASIL, 2010). O Ministério da Saúde vem adotando esta política, e recentemente aprovou a Portaria Nº 1.615/2012, que define normas para o funcionamento, a habilitação e incentivo a leitos em hospital geral para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

A qualidade do atendimento prestado pelos hospitais depende da satisfação de seus usuários. Para Oliveira (2007), muitas estratégias para a melhoria de serviços estão baseadas na satisfação dos usuários, portanto, ouvir e observar é fundamental para a compreensão e

melhoria da organização dos serviços e do próprio ambiente hospitalar. Sullivan (2003) destaca que o usuário não pode ser visto apenas como um objeto de trabalho, mas essencialmente como sujeito e deve participar do processo a que está submetido. Por isso o presente estudo objetivou conhecer a percepção e avaliação de usuários de crack e familiares quanto ao acesso e os serviços prestados pelos hospitais gerais. Estas categorias de investigação compõem a pesquisa *A Atenção Clínica ao Usuário de Crack no Hospital Geral nas Regiões Metropolitana e Norte do Rio Grande do Sul*, em execução pelas Universidades de Passo Fundo e Universidade Federal do Rio Grande do Sul com apoio CNPq[1]. Essas duas regiões congregam 44,85 % dos leitos SUS em hospitais gerais do estado (DALMOLIN, 2011), tornando-se relevante um estudo sobre os efeitos desta política de incentivo à participação dos hospitais gerais na rede de atenção à saúde mental.

2. Metodologia

A análise dos dados neste artigo foi do tipo quantitativo, com delineamento descritivo e transversal, do qual participaram usuários de crack internados nos hospitais gerais e familiares de onze hospitais gerais dos seguintes municípios: Sapucaia do Sul, Esteio, Porto Alegre, Novo Hamburgo, São Francisco de Paula, Três Coroas, Camaquã, Guaíba, Montenegro, Igrejinha, Taquara.

O material coletado e objeto de análise deste estudo foram os questionários aplicados em entrevistas com usuários e familiares. A elaboração dos roteiros dos questionários teve como parâmetro a legislação vigente em saúde mental[2] e contemplou as seguintes dimensões, tanto para os usuários internados como para os familiares de usuários[3]: dados de identificação dos usuários; tipo de acesso e internação; serviços oferecidos aos usuários/familiares no hospital; avaliação do serviço realizado no hospital; a disponibilidade para acesso ao telefone para os usuários; se há espaços de lazer dentro ou fora do hospital; se há o acompanhamento de familiares durante a internação; se houve esclarecimentos sobre a dependência química; se houve contenção física e se pretende continuar algum tratamento para dependência após a alta hospitalar.

A entrevista foi realizada após o devido aceite e assinatura do Termo de Autorização pelos seus dirigentes. E os usuários e familiares presentes nos horários das visitas e que concordaram em participar expressaram esta decisão com a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido[4], tomando por base a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados das entrevistas foram armazenados em um banco de dados do programa SPSS 17.0 e analisados através de estatísticas descritivas, observando-se as frequências absolutas e relativas e percentagens nos itens das escalas Likert e as médias, desvio padrão, medianas e amplitude interquartílica em cada item do instrumento.

3. Resultados

Importante caracterizar os usuários de crack participantes da pesquisa: foram vinte e quatro (24) hospitalizados, predominantemente do sexo masculino (87,55) com idade média de 29 anos, solteiros (75%), com

[1] Pesquisa coordenada pela Profª. Dra. Bernadete Dalmolin, da UPF, RS. A pesquisa tem abordagem quantitativa e qualitativa, com variado conjunto de instrumentos de coleta de dados: entrevista estruturada com usuários, familiares e dirigentes dos hospitais gerais; análise dos prontuários; grupos focais com profissionais dos respectivos hospitais e grupos focais com familiares, gestores e controle social por macrorregião; sistema de informação das internações hospitalares; projetos terapêuticos sobre álcool e outras drogas dos hospitais

[2] Adaptado do instrumento PNASH/PSIQUIATRIA 2003.

[3] Ressalta-se que obrigatoriamente não relação entre familiar entrevistado e usuário internado, pois as entrevistas foram realizadas com os participantes presentes no hospital na data da coleta.

[4] Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Passo Fundo/RS.

filhos (54,2%), e 83,3% residindo na mesma cidade onde estavam internados. Quanto à escolaridade a maioria com ensino fundamental incompleto (33,3%) e completo (20,8%), e a maioria dos usuários (95,8%) não estavam estudando atualmente. Quanto à renda, 70,8% trabalhava antes da internação, a maior concentração dos usuários pesquisados (41,7%) declararam receber em média dois salários mínimos, 25% recebiam até três salários mínimos, 20,8 recebiam até um salário mínimo mensal e 12,5% não possuíam renda.

Pesquisou-se sobre as drogas já utilizadas além do crack, e os resultados foram: 91,7% maconha, 75% cocaína, 66,7% uso de álcool, 29,2% tabaco, 16,7% solventes, e 16,7% relataram ter utilizado outras drogas (pitico, chá de fita, chá de cogumelos). Em relação a primeira droga utilizada, para 50% dos usuários foi a maconha, e para 16,7% foram o álcool e a cocaína as primeiras drogas.

Em relação aos familiares de usuários internados nos hospitais gerais foram entrevistados quarenta e um (41) familiares, a maioria do sexo feminino (70,7%), com média de idade de 45,29 anos. Em relação ao vínculo de parentesco, a maior parte eram mães (43,9%), cônjuges e filhos (14,6% para cada vínculo). Em relação à escolaridade, 36,6% dos familiares possuíam ensino fundamental incompleto, 24,4% possuíam ensino médio completo, e 12,2% possuíam ensino superior.

Neste estudo, os usuários de crack internados nos hospitais da região macro metropolitana do Rio Grande do Sul foram procedentes, na maior proporção, da cidade de Porto Alegre. Esses usuários são na maioria homens, solteiros, com média de vinte e nove anos de idade e tem filhos. Esses dados concordam com estudo de Horta e colaboradores (2011), que avalia o perfil de usuários de crack que buscaram atendimento em CAPS da região metropolitana de Porto Alegre e também com pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Datafolha (2012), que descreveu o perfil dos usuários de crack do Centro de São Paulo.

Quanto a escolaridade, a maioria dos usuários entrevistados para este estudo tem baixa escolarização, sendo que a maior parte possui nível fundamental incompleto, e o tipo de emprego geralmente são de baixa remuneração, sendo que o salário da maioria dos usuários varia entre 1 e 2 salários mínimos. Os artigos de Horta (2011), Oliveira e Nappo (2008), Guimarães et al (2008),Ferreira et al (2003), Sanchez e Nappo (2002) e Fochi et al (2000) descrevem o perfil dos usuários muito próximos aos deste estudo.

4. Do percurso à efetivação da internação nos hospitais gerais: acesso e avaliação dos serviços ofertados

QUANTO AO ACESSO

Obter acesso aos serviços é a etapa inicial a ser vencida pelos usuários quando partem em busca da satisfação de uma necessidade de saúde. Para Monteiro (2009), a existência por si só de serviços não é garantia de acesso aos mesmos. Conjugam-se a resolutividade dos serviços traduzida na maneira como as pessoas enfrentam dificuldades de acesso e como efetivamente utilizam os serviços de saúde.

A percepção e informação dos usuários quanto ao acesso e ao desenrolar da internação se expressa da seguinte maneira: 83,3% dos usuários relataram que a internação foi feita de forma voluntária, 70,8% conseguiram internação em hospital geral sempre que precisaram, e o motivo da internação para 62,5% foi devido à recaída, sendo que 91,7% tiveram acompanhamento familiar durante a internação.

Quanto ao tempo de espera, para 41,7% dos usuários esta internação foi imediata, mas para 29,2% dos usuários a espera foi de uma semana, e para 12,5% a espera foi de um dia. Sobre o tempo de internação atual, a média foi de 10,13 dias. Quanto à chegada e acolhida no hospital 91,7% dos usuários consideraram como boa, por terem sido bem atendidos e com recepção satisfatória da equipe.

Em relação ao número de internações dos usuários, a média é de 2,46 (DP$\pm$ 2,32), apresentaram mediana de 2 (duas) internações (p25=1 ; p75=3), ou seja, a maioria dos usuários. Justifica-se o desvio padrão quase igual a média devido ao fato de alguns usuários terem

um número elevado de internações (outliers), diferentemente da maioria dos usuários.

Em relação à realização de tratamentos por uso/abuso de drogas foi possível constatar que 70,8% dos usuários haviam realizado tratamentos anteriormente a atual internação. Os tipos de tratamentos citados pelos usuários foram: CAPS, Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (Naranom), Comunidades terapêuticas e tratamento medicamentoso através das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Para 75,6% dos familiares a internação foi voluntária, a internação foi obtida sempre que necessária para 92,7% dos familiares, e a espera para conseguir leito foi imediata para 36,6% dos familiares, 24,4% relataram que precisaram esperar algumas horas para internar, e para 24,3% dos familiares foi preciso esperar por até cinco dias. A média de tempo de espera, em dias, para a internação segundo os familiares foi de 3,08 dias, e em relação ao tempo de internação atual, a média foi de 8,93.

Quanto ao número de internações por uso de drogas relatadas pelos familiares, a mediana de internações foi de uma (1) internação (P25=1;P75=2). Em relação à realização de outros tratamentos por uso de drogas, para 61% dos familiares os usuários realizaram outros tratamentos. Quanto ao acompanhamento aos usuários, 63,4% dos entrevistados informaram da presença de outros familiares durante a internação.

Em relação à internação nos hospitais gerais neste estudo, a maior parte dos usuários e familiares relatou que a procura pelos serviços ocorreu de forma voluntária, como também informaram já ter sido realizado outros tipos de tratamentos. Estes achados concordam com o estudo de Melotto (2009), onde a maioria dos usuários já haviam realizado outros tratamentos para o uso abusivo de substâncias e na maioria dos casos a internação foi demandada pelos próprios usuários. Para Monteiro (2009), a internação como um último recurso no momento da crise, não é mais o fim, mas a continuidade de um processo de cuidado e acompanhamento dos usuários.

A média de tempo de internação nos hospitais gerais é menor do que a dos hospitais psiquiátricos, e com a mudança de configuração, onde antes o atendimento era centrado no momento da crise, agora é a rede de serviços que deve atuar junto aos hospitais gerais. Há assim, uma quebra no circulo vicioso da internação como única forma de atenção, promovendo a reinserção dos usuários (PITTA, 1996).

Em relação ao acolhimento por parte dos profissionais dos hospitais, para 75,6% dos familiares relataram que foram bem acolhidos, revelando que se estabelecem relações positivas entre usuários e profissionais no atendimento e está relacionado à utilização dos recursos disponíveis para a solução das demandas dos usuários durante a internação. Para Lima (2007), o acolhimento evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos e pode constituir diretriz para o estabelecimento de um processo de trabalho centrado no interesse do usuário, tornando-se assim, tecnologia para a reorganização dos serviços com vistas a garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento. Quanto ao acolhimento realizado pelos hospitais gerais, a maioria dos usuários e familiares relatou ter sido bem acolhidos pelos profissionais/equipe, demonstrando satisfação.

QUANTO AOS SERVIÇOS HOSPITALARES OFERTADOS

A avaliação pelos usuários, permitindo ouvir sua opinião sobre o atendimento em função de suas necessidades e expectativas, é uma das atividades que podem assegurar a qualidade dos serviços de saúde, o que para Ceccim e Feuerwerker (2004) significa promover o controle social e o empoderamento dos usuários.

Quando esta avaliação está baseada na satisfação dos usuários, ela mostra a democratização e a participação popular determinada aos serviços de saúde desde a Reforma Sanitária (CONTRANDRIOPOULOS, 1997). Para Lima et al (2007),os elementos essenciais para intervir de forma positiva no estado de saúde dos indivíduos e da coletividade são o acesso aos serviços de saúde e o acolhimento. A satisfação dos usuários e familiares entrevistados sobre os serviços oferecidos durante a internação foi medida através da escala Likert (REA,2002), onde os usuários atribuíam notas que são equivalentes a conceitos aos seguintes serviços: limpeza,

condições de instalações físicas, refeições, banho, troca das roupas de cama e banho e visitas.

Assim, os usuários e os familiares foram consultados sobre a avaliação que faziam sobre os serviços oferecidos pelo hospital durante a internação, cujos resultados estão na **Tabela 1**, através dos conceitos 'Muito bom', 'Bom', 'Regular', 'Ruim', 'Muito ruim' e a variável 'não respondeu/não soube'.

Quanto à satisfação dos familiares em relação aos serviços oferecidos pelo hospital geral, foram considerados como 'muito bom' pela maior parte dos familiares, os serviços de limpeza (34,1%), refeições (36,6%), banho (39%) e visitas (46,3%). Também os usuários se manifestaram de forma satisfatória. As atividades mais citadas pelos usuários foram: participação em grupos (66,7%), atividades variadas (66,7%), assistir televisão (50%) e leituras (20,8%). Em relação ao consumo de cigarro, 95,8% dos usuários relataram não poder fumar durante a internação. Já os familiares, na sua maioria (53,7%) relataram não ter conhecimento sobre as atividades destinadas aos usuários, mas um número significativo (43,9%) relatou ter conhecimento sobre as atividades/serviços.

O atendimento dos profissionais da equipe técnica dos hospitais também foi avaliado pelos usuários e familiares, a partir da mesma escala referida. Os profissionais avaliados foram: médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, equipe de enfermagem, e outros.

Na **Tabela 2** é possível visualizar a avaliação realizada pelos usuários e os familiares.

Através desta tabela é possível constatar que o atendimento médico, psicológico e da equipe de enfermagem foi considerado satisfatório pela maioria dos usuários. Em relação aos serviços de terapia ocupacional, a maior parte dos usuários (75%), demonstrou desconhecer a função da referida profissão, e 41,7% dos usuários considerou o atendimento das assistentes sociais 'muito bom', mas 29,2% dos usuários demonstraram não ter conhecimento da função.

A maioria dos familiares entrevistados demonstrou satisfação com atendimento dos psicólogos (58,5%), equipe de enfermagem (48,8%), e médicos

Tabela 1. Escala de satisfação dos usuários de crack e dos familiares em relação aos serviços oferecidos pelos hospitais durante a internação nos hospital geral

VARIÁVEIS	MUITO BOM		BOM		REGULAR		RUIM		MUITO RUIM		NÃO RESPONDEU	
	U*	F**	U*	F**	U*	F**	U*	F**	U*	F**	U*	F**
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
LIMPEZA	50 (12)	34,1 (14)	37,5 (9)	36,6 (15)	4,2 (1)	4,9 (2)	8,3 (2)	4,9 (2)	–	–	–	19,5 (8)
INSTALAÇÕES FÍSICAS	20,8 (5)	19,5 (8)	33,3 (8)	43,9 (18)	33,3 (8)	12,2 (5)	8,3 (2)	2,4 (1)	4,2 (1)	2,4 (1)	–	19,5 (8)
REFEIÇÕES	45,8 (11)	36,6 (15)	37,5 (9)	29,3 (12)	8,3 (2)	7,3 (3)	4,2 (1)	–	4,2 (1)	2,4 (1)	–	24,4 (10)
BANHO	70,8 (17)	39 (16)	16,7 (4)	24,4 (10)	8,3 (2)	2,4 (1)	–	–	4,2 (1)	2,4 (1)	–	31,7 (13)
TROCAS DE ROUPAS	62,2 (15)	24,4 (10)	4,2 (1)	9,8 (4)	20,8 (5)	7,3 (3)	4,2 (1)	4,2 (1)	8,3 (2)	4,9 (2)	–	51,2 (21)
TOTAL	**25 (6)**	**46,3 (19)**	**20,8 (5)**	**22 (9)**	**25 (6)**	**12,2 (5)**	**8,3 (2)**	**4,9 (2)**	**12,5 (3)**	**2,4 (1)**	**8,3 (2)**	**12,2 (5)**

U* Usuário / **F**** Familiares

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 2. Avaliação dos usuários e familiares em relação ao atendimento dos profissionais na internação no hospital geral

VARIÁVEIS	MUITO BOM		BOM		REGULAR		RUIM		MUITO RUIM		NÃO RESPONDEU	
	U*	F**	U*	F**	U*	F**	U*	F**	U*	F**	U*	F**
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
MÉDICOS	66,7 (16)	39 (16)	8,3 (2)	22 (9)	4,2 (1)	7,3 (3)	–	–	8,3 (2)	–	12,5 (3)	31,7 (13)
PSICÓLOGOS	62,5 (15)	58,5 (24)	12,5 (3)	17,1 (7)	4,2 (1)	–	4,2 (1)	–	4,2 (1)	–	12,5 (3)	24,4 (10)
ASSISTENTE SOCIAL	41,7 (10)	39 (16)	16,7 (4)	17,1 (7)	–	2,4 (1)	4,2 (1)	–	8,3 (2)	–	29,2 (7)	41,5 (17)
TERAPEUTA OCUPACIONAL	16,7 (4)	24,4 (10)	8,3 (2)	4,9 (2)	–	–	–	–	–	–	75 (18)	70,7 (29)
EQUIPE DE ENFERMAGEM	66,7 (16)	48,8 (20)	25 (6)	24,4 (10)	–	–	4,2 (1)	2,4 (1)	4,2 (1)	–	–	24,4 (10)

U* Usuário / **F**** Familiares

Fonte: Elaboração Própria

(39%). Quanto aos terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, a maioria dos entrevistados não tinha conhecimento sobre a função dos profissionais e/ou não sabiam se estes prestavam atendimento nos hospitais.

A pesquisa também detectou informações sobre os profissionais que mantinham mais contato com o usuário durante a internação, sobre esclarecimentos recebidos sobre dependência química e sobre o tratamento que estavam realizando; sobre contenção física; visitas dos familiares e sua periodicidade na semana; uso do telefone; espaços de lazer e atividades externas; continuidade de tratamento após a alta e orientação do hospital sobre o local para seguimento.

Os usuários manifestaram que em relação aos profissionais com quem mantinham mais contato durante a internação, a equipe de enfermagem foi a mais citada, por 87,5% dos usuários. Quanto a esclarecimentos sobre dependência química e/ou tratamento, a maioria dos entrevistados (62,5%) afirmou não ter recebido explicações sobre o tratamento e dependência até o momento da realização da entrevista. Para 37,5% dos usuários, receberam explicações dos seguintes profissionais: médicos (12,5%), psicólogos (4,2%), equipe de enfermagem (4,2%), Assistente social (4,2%).

Sobre receber visitas de familiares, 87,5% dos usuários relataram receber visitas, sendo que 33,3% dos usuários recebem visitas uma vez por semana, 41,7% dos usuários recebem visitas duas vezes por semana, 8,3% recebem visitas três vezes por semana, e 12,5% dos usuários relataram não receber visitas.

Sobre a disponibilidade para o uso de telefone, 41,7% dos usuários referiram que podem acessar sozinhos ao telefone, 41,7% dos usuários referiram que podem utilizar o telefone, mas somente através da equipe, 12,5% relataram não poder fazer uso do telefone.

Em relação à existência de espaços de lazer dentro do hospital e atividades externas para os usuários, 62,5% dos usuários informaram o pátio interno é utilizado como espaço de lazer e em relação a atividades externas, 79,2% dos usuários relatou não poder sair das unidades de internação para realizar atividades.

Sobre a continuidade de tratamento após a internação, 91,7% dos usuários pretendem continuar o tratamento. Os locais apontados pelos usuários para dar continuidade ao tratamento foram: CAPS, Comunidade terapêutica, Alcoólicos anônimos (AA), Narcóticos anônimos (NARANON), tratamento medicamentoso através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo

que a maior parte dos usuários pretende realizar o tratamento em CAPS (37,5%) e 8,3% dos usuários relataram que não pretendem continuar com o tratamento.

Em relação à orientação do hospital sobre a continuidade do tratamento, a maior parte dos usuários (66,7%) relataram que até o momento o hospital não havia sugerido local, e quanto aos locais sugeridos, foram citados pelos usuários CAPS (4,2%) e Comunidade terapêutica (20,8%).

Os familiares manifestaram que sobre o acompanhamento recebido pela equipe do hospital, 43,9% dos familiares informaram não receber este acompanhamento, 46,3% relataram receber acompanhamento profissional. Quanto ao tipo de acompanhamento, foram citados atendimentos em grupo (31,7%), atendimentos individuais (7,3%), não recebem acompanhamento (48,8%). Os profissionais envolvidos no acompanhamento citados pelos familiares foram psicólogos (17,1%), assistentes sociais (17,1%) e médicos (7,3%).

Em relação ao esclarecimento prestado sobre a dependência química, tratamento, efeitos colaterais e possíveis riscos, 61% dos familiares relataram ter recebido esclarecimentos e 39% ainda não haviam recebido informações. Os profissionais envolvidos no esclarecimento citados pelos familiares foram: psicólogos (31,7%), médicos (9,8%), assistentes sociais (9,8%), técnicos de enfermagem (4,9%) e 43,9% não souberam responder.

Quanto a contenção física, 65,9% dos familiares relataram que não havia ocorrido contenção, 19,5% dos familiares relataram que houve contenção e 14,6% dos familiares não souberam informar. Entre os familiares dos usuários que já haviam sido contidos, 12,2% relataram que foram contidos apenas uma vez durante a internação.

Quanto à disponibilidade para utilizar o telefone, 26,8% dos familiares relataram que os usuários podem fazer uso sem acompanhamento da equipe. A maioria dos familiares (39%) informou que os usuários tem acesso ao telefone através da equipe, 24,4% relataram que não é permitido o uso do telefone. Quanto aos espaços de lazer na parte interna dos hospitais, 51,2% dos familiares confirmaram a existência desse espaço, 19,5% relataram que não há espaço de lazer dentro dos hospitais, e 29,3% não souberam informar. Para a maioria dos familiares (80,5%), não são realizadas atividades externas pelos usuários.

Sobre a continuidade do tratamento dos usuários, 92,7% dos familiares pretendem dar continuidade ao tratamento. Entre estes familiares, os tratamentos citados foram: CAPS (46,3%), Comunidade terapêutica (22%), AA/NARANON (9,8%) e ainda não sabem qual tratamento (12,2%). Sobre a orientação da continuidade do tratamento, 53,7% dos familiares a receberam, e 43,9% dos familiares ainda não haviam recebido encaminhamentos dos hospitais. Os serviços sugeridos pelos hospitais foram: CAPS (29,3%), comunidades terapêuticas (19,5%) e AA/NARANON (2,4%).

O encaminhamento para continuidade do tratamento após a alta hospitalar é referido como ausente para a maioria dos usuários, ao contrário dos familiares, que informam receber através dos grupos por médicos, psicólogos e assistentes sociais. O local mais citado por ambos são os CAPS, tanto como indicação dos profissionais, como o planejado por usuários e familiares. Esta constatação indica que o dispositivo de cuidado da atual política de saúde mental, criado no âmbito da reforma psiquiátrica, é reconhecido pelos usuários e familiares pela razão de estarem presentes na oferta de serviços municipais para o cuidado de pessoas com transtornos mentais e sofrimento psíquico.

Uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2003, sobre Acessos e Utilização de serviços de saúde, revelou que 98% dos brasileiros que procuraram atendimento afirmaram que foram atendidos, e a avaliação da qualidade também foi positiva, quando 86% dos usuários classificaram como 'muito bom' e 'bom'. Assim através deste estudo, foi possível constatar que há uma sintonia de satisfação entre usuários e familiares internados nos hospitais gerais desta pesquisa.

Registrar a satisfação ou insatisfação dos usuários de um serviço de saúde torna-se um indicador importante por revelar os aspectos que precisam ser melhorados, gerando, desta forma, aprimoramento institucional e profissional (TURRIS, 2005).

A mensuração da satisfação do usuário de um serviço de saúde torna-se complexa, uma vez que reflete opinião, percepção e subjetividade, bem como depende

de sua expectativa. Todavia, os resultados encontrados podem fornecer subsídios para o melhoramento dos serviços, nos quais o usuário é o elemento central, impulsionando mudanças necessárias à dinâmica organizacional (BENAZZI, et al.,2008).

Constata-se um alto grau de satisfação dos entrevistados quanto ao atendimento de modo geral, e que a satisfação dos familiares é menor quando comparada com a dos usuários. As condições necessárias para o atendimento como as atividades em pátio, abordagem grupal e individual devem fazer parte do projeto terapêutico dos hospitais gerais, conforme preconiza a legislação vigente na política de saúde mental, não estão presentes em todos os estabelecimentos pesquisados. Contudo, a satisfação está presente, podendo-se inferir a escolha dos entrevistados em não realizar crítica ao local. Esta posição remete à reflexão sobre o lugar que o sujeito ocupa na sociedade, como diz Cunda (2011), criminalizado pelo uso, num lugar de quem se contenta com pouco.

5.Conclusões

A pesquisa contribuiu com conhecimentos importantes referentes ao acesso e avaliação dos serviços prestados pelos hospitais gerais aos usuários em tratamento para os prejuízos decorrentes do uso de crack. Para a maioria dos usuários e familiares o acesso à internação em hospital geral ocorreu sempre que precisaram com um tempo de espera mínimo de tempo. O acolhimento foi considerado satisfatório, assim como os serviços prestados durante a internação. Destaca-se também que os CAPS já são uma referência de atendimento em saúde mental, tanto para os usuários como familiares.

A internação foi majoritariamente realizada de forma voluntária, revelando condições dos usuários de tomarem posição sobre sua necessidade de tratamento. Este aspecto é muito relevante sob a perspectiva dos direitos, contudo é preciso ser qualificado nesta dimensão o acesso ao telefone, que a maioria dos hospitais estabelece restrições. A liberdade de comunicação através do acesso aos serviços telefônicos compõe os Direitos e Condições de Vida em Estabelecimento de Saúde Mental, um dos princípios da Declaração da Organização das Nações Unidas (ONU, 1991), referente à Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental.

O atendimento dos profissionais para a maioria dos usuários e familiares é satisfatório, mas a equipe de enfermagem é que mais contato realiza com os hospitalizados. Esta situação associada ao fato de os assistentes sociais e terapeutas ocupacionais serem identificados de forma reduzida caracteriza que há fragilidades no trabalho em equipe, uma condição essencial a um tratamento na direção da atenção integral e interdisciplinar. Também expressa uma precariedade na presença de todos os profissionais necessários para o atendimento, o que explica o fato da maioria dos usuários referirem não terem tido esclarecimentos sobre dependência química e/ou tratamento durante a internação.

Os resultados da pesquisa constituem um material relevante para subsidiar os gestores das políticas públicas referentes ao tema, nos aspectos da necessidade de investimentos para os hospitais gerais efetivarem os parâmetros existentes sobre o tratamento durante a internação, bem como em investimentos necessários para a capacitação de profissionais de saúde. O fenômeno da dependência química é de natureza multicausal, com dimensões de caráter moral e comportamental que afetam a sociedade. Esta peculiaridade requer permanente espaço de reflexão e de novas abordagens mais inclusivas e de respeito aos direitos dos usuários.

O SUS é uma política pública de alta relevância social pelo seu caráter universal e sua dimensão cidadã. Por tratar-se de um sistema de saúde formado por gestores das três esferas governamentais, e as consequências típicas desta relação plural num ambiente formado por uma rede hospitalar privada conveniada / contratada, a indução de novas políticas de cuidado vão requerer contínuos conhecimentos sobre a qualidade e capacidade assistencial. Deste modo, as contribuições da pesquisa viabilizam acúmulo na produção de tecnologias de cuidado, de organização do sistema e de educação permanente aos profissionais do setor. ■

Referências

AMARANTE, P. (Coord.). *Loucos pela Vida:* a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. GM. *Portaria nº 1.615, de 26 de julho de 2012*. Normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

_____. *Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: MS, 2001. Acesso em: 10 de fevereiro de 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em 12 mar 2013.

_____. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3083_27_12_2012.html Acesso em: 20 mar 2013

_____. *Saúde Mental em Dados*. Ano VII, nº 10, março de 2012. Brasília: MS, 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf. Acesso em: 20 mar 2013.

BENAZZI, L. E. B.; FIGUEIREDO, A. C. L.; BASSANI, D. G.. Avaliação do usuário sobre o atendimento oftalmológico oferecido pelo SUS em um centro urbano no sul do Brasil**.** *Ciência e saúde coletiva,* v.15, n.3, p. 861-868, 2010.

CECIM, R.; FEUERWERKWER, L.. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CONTRANDRIOPOULOS, A.P. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. *Avaliação em saúde*: dos modelos conceituais á pratica na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1997, p. 29-47.

CUNDA, M. *Tramas empedradas de uma psicopatologia juvenil*. 2011. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

DALMOLIN, B. *A Atenção Clínica ao Usuário de Crack no Hospital Geral nas Regiões Macro Metropolitana e Macro Norte do Rio Grande do Sul*. Pesquisa aprovada no Edital 41/2010 CNPq – FAIXA II SAÚDE, 2011.

DATAFOLHA. PESQUISA sobre o perfil dos usuários de Crack do Centro de São Paulo. PERFIL DOS USUÁRIOS DE CRACK NO CENTRO DE SÃO PAULO, 2012.

DIAS, M T. G. Saúde Mental: é possível uma política de saúde pública, coletiva, integral e de cidadania. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 23, p. 86-95, 2001.

FERREIRA FILHO O.F. *et al.* Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Revista de Saúde Pública,* n. 37, p. 751-759, 2003.

FOCHI, E. L. *et al.* Caracterização de 46 usuários de crack abordados pelo programa de redução de danos "Tá Limpo". *HB Científica*, n. 7, p. 85-91, 2000.

GUIMARÃES, C.F. *et al.* 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,* n. 30, p. 101-108, 2008.

HORTA, R.L. *et al*. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública,* v. 27, n. 11, p. 2263-2270, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Acessos e Utilização de serviços de saúde, 2003.* Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/>. Acesso em 12 mar. 2013.

LIMA, M.A.D.S. *et al*. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n. 1, p. 12-17, 2007.

MELOTTO, P. *Trajetórias e usos de crack: estudo antropológico sobre trajetórias de usuários de crack no contexto de bairros populares de São Leopoldo-RS*. 2009. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

MONTEIRO, J.R. Loucura é a falta de cuidado! O hospital geral como lugar possível na rede de saúde mental. 2009. Disserta-

ção (Mestrado). Programa de Pós Graduação da Faculdade de Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

OLIVEIRA, D.F. Qualidade do atendimento da clínica de oftalmologia: percepção de prestadores de serviço e satisfação de usuários. Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. 2007. Dissertação (Mestrado). Pós Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

OLIVEIRA, G., NAPPO, S,A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública,* v. 42, n.4, p. 664-671, 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Princípios para a proteção de pessoas com enfermidade mental e para a melhoria da assistência à saúde mental*. 17 de dezembro de 1991. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/deficiente/protec.htm>. Acesso em 12 mar. 2013.

PITTA, A. *Reabilitação psicossocial no Brasil.* São Paulo: Hucitec, 1996.

REA, Louis M.; PARKER, Richard A. *Metodologia de pesquisa: do planejamento à execução.* São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. *Política de Saúde Mental*. Porto Alegre, 2008. Disponível em: <www.saude.rs.gov.br>. Acesso em 12 mar. 2013.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. *Resolução CIB/RS nº 140.* Estabelece o incentivo financeiro para leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Porto Alegre, 2005.

_____. *Lei nº 9.716, de 07 de agosto de 1992.* Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1992.

SANCHEZ, Z.M.; NAPPO, S.A. Sequencia de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Revista Saúde Pública*, v. 36, n. 4, p. 420-430, 2002.

SULLIVAN, M. The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health. *Social Science & Medicine*, v. 56, n. 7, p. 1595-1604, 2003.

YASUI, S. *Rupturas e encontros*: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

Recebido para publicação em abril/2013.
Versão definitiva em junho/2013.
Suporte financeiro: CNPq.
Conflito de interesse: inexistente.

Concepção dos familiares de usuários de crack acerca das políticas públicas antidrogas

Perception of the families of crack users about anti-drugs public policies

Vanessa Vieira França[1], Priscila Santos Alves[2], Natália de Carvalho Lefosse Valgueiro[3], Iracema da Silva Frazão[4]

[1] Graduanda em Enfermagem pelo Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil. vanessafranca__@hotmail.com

[2] Graduanda em Enfermagem pelo Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil. priscilasantosalves@hotmail.com

[3] Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pelo Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil. natycarvalho7@hotmail.com

[4] Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Acadêmico pelo Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil. isfrazao@gmail.com

RESUMO: Estudo descritivo, exploratório, qualitativo realizado em um Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas em Campo Verde Camaragibe, uma cidade em Pernambuco, Brasil, com o objetivo de descrever a concepção dos familiares de usuários de crack acerca das políticas públicas antidrogas. A coleta se deu através de entrevista semiestruturada com familiares de usuários em tratamento para a dependência do crack, e a análise foi realizada através do software Analyse Lexicale par Contexte d'um Ensemble de Segments de Texte (ALCESTE). Entre os resultados, ressaltam-se as fragilidades das políticas públicas existentes quanto à efetividade de suas ações considerando as singularidades dos dependentes químicos. São necessárias investigações sobre a temática a fim de contribuir com a (re)formulação das políticas públicas.

PALAVRAS CHAVE: Políticas Públicas; Cocaína; Crack; Família.

ABSTRACT: *This essay is a descriptive, exploratory, conducted accomplished in a Psychosocial Care Centre for alcohol and other Drugs, CAPS-ad, in Campo Verde Camaragibe, a city in Pernambuco, Brazil, it has as main objective to describe the conceptions of the family crack users about the public policy against drugs. The population was composed by family members of treatment users in addiction of crack. The collection was made through semi-structured interviews and analysis with the software Analyse Lexicale par Contexte d'um Ensemble de Segments de Texte (ALCESTE). As a main result, we point out the weaknesses of public polices prevailing regarding the effectiveness of their actions considering the singularities of addicted users. Investigations are needed around this subject, in order to contribute to the (re) formulation of public policies.*

KEYWORDS: *Public Policies; Crack; Cocaine; Family.*

Introdução

As políticas públicas compreendem a totalidade de ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público. É certo que as ações que os dirigentes públicos selecionam são aquelas que eles entendem serem as demandas ou expectativas da sociedade (SEBRAE, 2008, p. 5). Portanto, são instrumentos de execução de programas políticos baseados na intervenção estatal na sociedade com a finalidade de assegurar igualdade de oportunidades aos cidadãos (APPIO, 2004).

Essas políticas, não previstas expressamente na Constituição Federal, são criadas após a identificação de problemas que apontam a necessidade da elaboração de alternativas viáveis às suas resoluções. Tais medidas são propostas com a finalidade comum de impulsionar o desenvolvimento da Nação, através da melhoria das condições gerais de vida de todos os cidadãos (APPIO, 2004).

No que diz respeito ao uso de substâncias psicoativas, essas políticas inicialmente construíram seus discursos em dispositivos de criminalização e medicalização, onde o usuário de droga era de responsabilidade do sistema judiciário ou alvo de internações compulsórias, por meio da psiquiatrização do abuso (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Desde a pré-história, os homens têm feito uso de substâncias psicoativas, com diversas finalidades, sejam terapêuticas, recreativas ou rituais (ESCOHOTADO, 1998). Atualmente, o uso indevido dessas substâncias traz prejuízos para os países e afeta todas as faixas etárias de diferentes grupos étnicos, independentemente de classe social e econômica, constituindo um sério problema de saúde pública para a sociedade (SCHEFFER; ANTUNES; BÜCHELE, 2011).

No cenário atual, o crack aparece como droga de abuso bastante disseminada, sendo crescente sua utilização. Surgido no Brasil na década de 1990, essa substância é obtida a partir da mistura da pasta-base de coca ou cocaína refinada (feita com folhas da planta *Erythroxylum coca*) com bicarbonato de sódio e água. O baixo preço da droga e a possibilidade de fabricação caseira costumam atrair jovens, que veem no crack uma opção com efeitos rápidos e intensos, mas que leva o usuário rapidamente à dependência (BRASIL, 2013a).

Tal fato, traz à realidade a necessidade de elaboração e execução de políticas públicas condizentes com a problemática de uso e abuso dessa droga. De acordo com a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde, é resguardado ao dependente químico o direito à saúde, devendo este ser acolhido, vinculado e assistido em sua singularidade, levando em conta as peculiaridades da assistência exigidas por esse grupo (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Com base nisso, entre outras políticas já existentes, no ano de 2010, o Ministério da Saúde instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, ancorado nos seguintes eixos: Cuidado (ampliação da capacidade de atendimento e atenção ao usuário e familiares); Prevenção (fortalecimento da rede de proteção contra o uso de drogas); e Autoridade (enfrentamento ao tráfico de drogas e policiamento ostensivo de proximidade). O plano ainda inclui a criação de enfermarias especializadas em Hospitais Gerais, consultórios de rua e CAPSad de funcionamento 24 horas, Programas de Prevenção do Uso de Drogas na Escola e na Comunidade, além de ações conjuntas entre as polícias civil e federal (BRASIL, 2013b).

Adicionalmente, pode-se destacar a política de redução de danos, criada por meio da portaria nº 1028, de 04/07/2005, do Ministério da Saúde, que define diretrizes que orientam e subsidiam estados e municípios na manutenção ou implantação de ações voltadas para usuários de drogas. Essas ações realizadas particularmente nos casos em que o uso/abuso já se instalou e a abstinência não é a escolha do usuário, incluem reduzir os danos à saúde, considerando a exclusão social, as questões estruturais e o estabelecimento de referências e contrarreferências (SCHEFFER; ANTUNES; BÜCHELE, 2011).

Apesar dos avanços e benefícios trazidos por essas e outras medidas, cabe ressaltar que muito ainda precisa ser melhorado. Principalmente, no que tange à prevenção do uso de drogas e a assistência à saúde dispensada a esses usuários. Faz-se necessária a contínua adoção de medidas que sejam aplicáveis às novas demandas do

cuidar, visto que, a cada dia, é maior a velocidade com que novas drogas são postas em circulação.

A complexidade que envolve o fenômeno do uso de crack e o fato de suas consequências atingirem os usuários, as famílias e a sociedade indicam a necessidade de investigações nos múltiplos aspectos dessa temática, e, em especial, na perspectiva dos familiares, na tentativa de contribuir para a formulação de políticas públicas específicas para o seu controle e tratamento (OLIVEIRA, 2007).

Diante dessa problemática, o presente estudo teve por objetivo descrever a concepção dos familiares de usuários de crack acerca das políticas públicas antidrogas.

Caminhos metodológicos

Este estudo é do tipo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa, centrado no sentido de tornar possível a objetivação de um tipo de conhecimento que tem como matéria-prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade. Desta forma, a análise qualitativa de um objeto de investigação concretiza a possibilidade de construção de conhecimento e possui todos os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como um construto científico (MINAYO, 2012).

A presente pesquisa é um recorte do projeto 'Repercussões do uso do crack na dinâmica familiar em Camaragibe'. Os sujeitos participantes desse projeto foram familiares de usuários de crack que estavam em tratamento de dependência da droga na referida instituição. Foram excluídos os familiares dos usuários menores de 18 anos. Para o artigo em questão, optou-se por trazer os resultados que emergiram da construção de uma classe que abordou a reflexão das políticas e projetos públicos.

O conjunto dos entrevistados do projeto de origem foi composto por seis entrevistas, que correspondem à totalidade de casos atendidos no CAPSad. Entretanto, o presente artigo se constrói a partir dos conteúdos elencados predominantemente por três sujeitos de pesquisa. Tal informação não diminui o valor dos achados, visto que em uma pesquisa social de abordagem qualitativa, a seleção dos participantes não está comprometida com a representatividade numérica e sim com a sua capacidade de representar a complexidade do objeto em estudo (MINAYO, 2004).

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad) de Campo Verde, situado na cidade de Camaragibe - PE, Região Metropolitana de Recife.

A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada, que continha informações de caráter socioeconômico e a seguinte questão norteadora: 'Fale sobre o dia a dia da sua família, considerando o antes e o depois de seu familiar começar a usar drogas'. A identidade dos participantes não será revelada, sendo adotados os graus de parentesco como pseudônimos.

Os dados foram analisados através do software *Analyse Lexicale par Contexte d'um Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE), versão 2010 para o Windows. Este programa permite realizar análise de dados textuais, ou as análises de estatística e matemática, verificando a principal informação presente no texto (CAMARGO, 2005).

A análise de um conjunto de segmentos de textos está baseada na identificação das palavras (o léxico) mais significativas. O objetivo da aplicação do software como técnica de análise de dados textuais permite quantificar o texto para extrair estruturas que apresentem significados mais representativos e acessar a informação essencial presente no mesmo. Isso possibilita descrever, classificar, assimilar, sintetizar e identificar a organização tópica de um texto, acessando as relações existentes entre os léxicos (SOUZA *et al*, 2009).

O software categoriza como *corpus* de texto o banco de dados que será analisado. As Unidades de Contexto Inicial (UCI) são definidas como a unidade a partir da qual o programa efetuará a fragmentação inicial. No caso de entrevistas, as UCIs correspondem a cada entrevista realizada levando em consideração as respostas, isto é, o discurso do participante, desprezando as perguntas utilizadas. Como Unidade de Contexto Elementar (UCE) considera-se o menor fragmento do texto que apresenta sentido (SOUZA *et al*, 2009). É a

partir da presença das UCEs que o programa vai estabelecer as matrizes para a classificação (REINERT, 1986).

O presente estudo está de acordo com a Resolução nº 196/96, respeitando os referenciais básicos da bioética. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos, da Universidade Federal de Pernambuco, com protocolo de aprovação no Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de nº 0196.0.172.000-1.

Resultados e discussões

O grupo de familiares entrevistados era composto por mulheres na faixa etária entre 30 e 60 anos, com escolaridade variando entre ensino fundamental completo e pós-graduação.

Os resultados expressos neste artigo compreendem 54% do total de UCEs (121). A palavra 'você' apresenta a maior associação estatística ($Khi^2=29$), seguida das palavras 'jovem' ($khi^2=13$), 'situação' ($khi^2=10$), 'parer' (parar; $khi^2=8$) e 'sociedade' ($khi^2=7$).

O desenvolvimento de políticas públicas voltadas para o dependente químico revela-se como destaque no panorama das organizações de saúde, com relação à promoção de programas sociais e assistenciais que visam prover as demandas dessa clientela.

No contexto dos usuários de drogas, em especial de crack, é imprescindível o conhecimento dos determinantes sociais e de saúde da população, visto que esses fatores incidirão e terão influência direta sobre a elaboração dessas políticas (SILVA JÚNIOR *et al*, 2012).

O trecho a seguir apresenta uma reflexão das participantes do estudo acerca do público que as políticas têm como enfoque, questionando o perfil do usuário considerado para elaboração dessas políticas:

> *"Quem é o público [das políticas públicas]? São os jovens. Quem são os jovens? São jovens de periferia, negros, do sexo masculino e considerados 'risco social'. Então, as políticas já são feitas com esse imaginário de jovem. Quem vai atuar nessas politicas, quem vai agir já tem essa concepção de jovem". (Irmã).*

No que se refere ao perfil dos usuários de crack, estudos mostram uma prevalência de adultos jovens, com idades variando entre 20 e 27 anos, do sexo masculino, com ensino médio incompleto, sem vínculo empregatício fixo e provenientes dos bairros menos favorecidos das grandes cidades (SILVA JÚNIOR *et al*, 2012; SILVA, 2007; ANDRADE, 2011).

A literatura, portanto, corrobora com a descrição feita pelos entrevistados, todavia a grande questão não é somente a determinação do perfil, visto que conhecer a população é fundamental para fazer o planejamento das ações. Entretanto, faz-se necessário considerar que as populações afetadas pelas consequências das drogas vão muito além de um perfil traçado, acometendo a todos os grupos etários, de todos os níveis sociais.

Apesar de a literatura delinear um perfil de usuários predominantemente formado por jovens mais pobres, é importante não perder de vista o fato de que a maior parte dos estudos é realizada em locais de serviços públicos de saúde ou educação, e que nem sempre esses locais são frequentados por grupos sociais mais abastados. Logo, é possível que isso possa provocar a criação de um perfil que não traduz a realidade da sociedade como um todo, passando a falsa impressão de que a droga é um problema apenas das classes sociais mais baixas.

É importante salientar também que a percepção de pertencer a grupos sociais excluídos ou de ser enquadrado como um jovem de risco social pode favorecer sentimentos de inferioridade, sofrimento e discriminação (SILVA JÚNIOR *et al*, 2012). Tal fato é discutido pelas entrevistadas, como se percebe no trecho a seguir:

> *"Então, eu acho que as políticas deveriam ser um estudo mais profundo sobre a juventude, sobre o perfil do jovem, mais amplo. E não olhar o perfil micro, só o perfil de um jovem de risco social [...] De início, a gente já considera um jovem como risco social. Risco social pra quem? Pra eles mesmos? Ou pra uma determinada classe social?". (Irmã).*

Tão importantes quanto o aperfeiçoamento das práticas de saúde para as pessoas que têm problemas com o uso de drogas, sobretudo as socioeconomicamente

mais desfavorecidas, são os suportes sociais, com destaque para os projetos de geração de renda. Estes últimos têm o objetivo de promover reais perspectivas de sustentabilidade através da inserção dos sujeitos no mercado, levando em conta as pautas culturais, os valores e as possibilidades das populações atendidas (ANDRADE, 2011).

Sobre a temática, as entrevistadas a seguir discorrem sobre a discrepância entre projetos sociais que poderiam ter grandes possibilidades de sucesso, mas que tropeçam na sua execução, seja na vertente financeira, no processo de implementação ou até mesmo no atendimento à população em questão:

> *"Então, você quer dizer que um curso profissionalizante vai dar um retorno pra ele? Cursos profissionalizantes pra ensinar a fazer vassoura. O jovem hoje quer fazer vassoura, ou apenas isso sem nenhuma perspectiva? [...] Então, existem certos programas de juventude que são belíssimos no papel, mas o problema é a prática". (Irmã).*

As ações desenvolvidas para os usuários de drogas são, em muitos casos, heterogêneas e fragmentadas, realizadas de acordo com a ciência de cada profissional. Embora sejam reconhecidas as necessidades de intervenção para esses usuários, algumas vezes, os profissionais não realizam as ações adequadas em virtude de um despreparo – seja pela ausência de capacitações na temática, seja pela falta de interesse no assunto – ou da falta de subsídios didáticos, que deveriam ser disponibilizados pelas secretarias municipais competentes (SOUZA; PINTO, 2012).

> *"Muitos fazem as políticas, muitos atuam com isso já achando que não tem jeito. É como um paliativo, é como uma resposta para a sociedade: 'Eu tô fazendo isso aqui, não tem jeito, mas a sociedade tá vendo'. Existem tantos programas por aí, 'projovens' da vida. Existem tantos programas aí, no entanto, o problema vai seguindo". (Irmã).*

Muitos profissionais de saúde – em especial, aqueles da Estratégia Saúde da Família – têm dificuldades para lidar com questões relacionadas ao uso de drogas, seja pelo desconhecimento dos fatores biopsicossociais relacionados ao seu consumo (reproduzindo preconceitos do senso comum), seja pelo medo de exposição profissional à violência do tráfico (ANDRADE, 2011).

> *"Capacitar as pessoas para que aconteça, né? Tem que ser capacitado pessoas para que abra uma entidade, uma associação, vários CAPS da vida, que sirva realmente, né?. (Mãe 2).*

> *"Eu acho legal mais projetos como o CAPS, e capacitar as pessoas, ajudar as famílias, educando sobre o assunto". (Tia).*

O CAPS não é o único recurso para cuidado em saúde mental na perspectiva da reforma psiquiátrica brasileira, mas, na fase em que esta se encontra, pode ser considerado como o seu carro-chefe. É principalmente para os CAPS que são encaminhadas as pessoas em sofrimento, nas grandes cidades do País. Entretanto, muitas famílias ainda não conseguem compreender exatamente o que vem a ser este serviço e, em alguns momentos, apontam o CAPS como sendo o próprio Estado. Em outras palavras, ele torna-se a materialização de uma política pública (FRAZÃO, 2007).

É importante considerar que o consumo de drogas, por muitas vezes, é uma prática que extrapola as condições de decisão e escolha das pessoas, sendo realizado por uma determinação orgânica, pela existência de dependência físico-química e psíquica (SELEGHIM et al, 2011).

Faz-se necessário, também, que as políticas antidrogas rompam com a perspectiva exclusivamente repressiva e invistam maciçamente em ações preventivas com vistas à reinserção desses indivíduos na sociedade, já que a repressão, por si só, não é capaz de prevenir o uso indevido de drogas e de incentivar esses usuários a melhorarem.

> *"Políticas públicas existem, mas eu acho que ainda são muito falhas, muito perversas. A visão de jovens e adolescentes com que eu trabalho*

vai além das políticas públicas, que é essa coisa que é colocada pela sociedade". (Irmã).

Portanto, é preciso considerar que a política de álcool e outras drogas trata-se de uma política intersetorial e inclusiva. Logo, suas ações devem estar pautadas nas várias áreas: saúde, justiça, educação e social. Por meio do estabelecimento desta rede de atenção integral ao usuário e tendo o CAPSad se articulado a outros níveis de atenção à saúde e setores da sociedade, é possível garantir a execução da política que preconiza uma assistência fundamentada em ações de prevenção, tratamento e reinserção social (MENDONÇA, 2010).

Conclusão

A dependência química é um problema de saúde pública por suas consequências atingirem não somente os usuários, mas também as famílias e a sociedade. Com base em um pensamento holístico acerca de todos os fatores que se interligam no processo de drogadição, não se pode deixar de lado o importante papel da formulação e implementação de políticas públicas sobre drogas que correspondam, da melhor forma, às necessidades desses indivíduos, das famílias e da sociedade.

Vive-se hoje um processo de avanços e retrocessos na discussão, revisão e execução das atuais políticas na esfera das drogas, que precisa ser pautado na ampla prevenção dos direitos humanos, permanente e realista, de acordo com as condições biopsicossociais encontradas na população em questão.

É imprescindível que a atenção aos usuários de drogas busque reduzir danos à saúde do dependente químico e à sociedade. Diante disso, são necessárias investigações sobre a temática a fim de contribuir com a (re)formulação das políticas públicas. ■

Referências

ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-74, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/15.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2013.

APPIO, E. D. *O controle judicial das políticas públicas no Brasil*. 2004. 473 f. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/87373/208502.pdf?sequence=1>. Acesso em: 23 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Crack, é possível Vencer*. A droga: composição e ação no organismo. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/a-droga/composicao-e-acao-no-organismo>. Acesso em: 23 abr. 2013a.

_____. Decreto-lei nº 7.179, de 20 de maio de 2010. *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas,* Brasília: Ministério da Saúde, 20 maio 2010. Disponível em: <http://www2.planalto.gov.br/especiais/caderno-destaques/marco-2012/gestao-em-destaque/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas>. Acesso em: 23 abr. 2013b.

CAMARGO, B. V. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P.; JESUÍNO, J. C. (org.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Editora Universitária, 2006. p. 511-539.

ESCOHOTADO, A. *Historia de las drogas*. Madrid: Alianza Editorial, 1998.

FRAZÃO, I. S. *"Eu acho que a pessoa doente mental pode trabalhar; Eu trabalho e não sou doente mental?":* o processo de reinserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho. 2007. 277 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

MENDONÇA, L. O. M. Crack, o refúgio dos desesperados, à luz do Programa Nacional de Combate às Drogas. *Revista da Seção Judiciária do Rio de Janeiro,* Rio de Janeiro, v. 17, n. 29, p. 289-308, dez. 2010. Disponível em: <http://www4.jfrj.jus.br/seer /index.php/revista_sjrj/article/viewFile/203/201>. Acesso em: 24 abr. 2013.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.

_____. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 17, p. 621-626, out. 2012. Disponível em:
< http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2013.

OLIVEIRA, L. G. *Avaliação da cultura do uso de crack após uma década de introdução da droga na cidade de São Paulo*. 2007. Tese (Doutorado em Medicina) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007. (no prelo).

REINERT, M. *Un logiciel d'analyse lexicale: ALCESTE*. *Les cahiers de l'Analyse des Données*, Paris, v. 4, p. 471-484, 1986.

SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. *Revista Saúde e Transformação Social*, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 82-89, nov. 2013. Disponível em: <http://www.incubadora.ufsc.br/index.php/ saudeetransformacao/article/view/1909/2482>. Acesso em: 22 abr. 2013.

SCHEFFER, A. M.; ANTUNES, N.; BÜCHELE, F. Redução de danos como estratégia de trabalho junto aos usuários de drogas nas unidades locais de saúde do município de Florianópolis. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 3, n. 7, p. 73-92, dez. 2011. Disponível em: <http://stat.saudeetransformacao.incubadora.ufsc.br/index .php/cbsm/article/view/1906/2179>. Acesso em: 23 abr. 2013.

SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS (SEBRAE). *Políticas Públicas*: conceitos e práticas. Belo Horizonte: MG, 2008. p. 5.

SELEGHIM, M. R. *et al*. Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 5, n. 19, out. 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_14.pdf> Acesso em: 23 abr. 2013.

SILVA, S. M. M. M. A questão das drogas no Brasil: Caso de polícia ou de política? *Jornada Internacional de Políticas Públicas São Luís – MA*, 3., São Luís, 2007. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpplII/html/Trabalhos/Eixo TematicoC/0ecbab03f16aac7aeb50Selma%20Maria%20Muniz%20Marques%20da%20Silva.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2013.

SILVA JÚNIOR, F. J. G. S. *et al*. Reflections on the consumption of crack and its interface with the social determinants of health. *Revista de Enfermagem da UFPI*, Piauí, v. 2, n. 1, p. 139-42, ago. 2012. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index .php/reufpi/article/view/746/pdf>. Acesso em: 24 abr. 2013.

SOUZA, E. S. *et al*. *Guia de utilização do software Alceste:* uma ferramenta de análise lexical aplicada à interpretação de discursos de atores na agricultura. Planaltina, DF: Embrapa Cerrados, 2009. p. 12-13; 32-33.

SOUZA, L. M.; PINTO, M. G. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiás, v. 2, n. 14, p. 374-383, jun. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.11245>. Acesso em: 24 abr. 2013.

Recebido para publicação em Junho/2013
Versão final em Julho/2013
Conflito de interesse: não houve.
Suporte financeiro: pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

A rede assistencial sobre drogas segundo seus próprios atores

The drug care network according to its own actors

Pedro Henrique Antunes da Costa[1], Tamires Jordão Laport[2], Daniela Cristina Belchior Mota[3], Telmo Mota Ronzani[4]

[1] Mestrando em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) – Juiz de Fora (MG), Brasil. phantunes.costa@gmail.com

[2] Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) – Juiz de Fora (MG), Brasil. tamilaport@hotmail.com

[3] Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) – Juiz de Fora (MG), Brasil. Pesquisadora do Centro de Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e outras Drogas (CREPEIA) – Juiz de Fora (MG), Brasil. danibelmota@yahoo.com.br

[4] Pós-Doutor em Álcool e Drogas pela University of Connecticut Health Center (UCHC) – Farmington (CT), Estados Unidos e Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professor do Departamento de Psicologia e Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) – Juiz de Fora (MG), Brasil. Coordenador do Centro de Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e outras Drogas (CREPEIA) – Juiz de Fora (MG), Brasil. tm.ronzani@gmail.com

RESUMO: O presente estudo analisou uma rede assistencial municipal sobre drogas a partir das percepções de seus próprios atores. Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa. As estratégias de coleta de dados foram grupos focais e observação participante. Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo. Do discurso dos participantes foram levantados os seus conceitos de rede, seus desafios e possibilidades de atuação, e dois pontos-chave do panorama local: o CAPSad e os encaminhamentos. Concluiu-se que a compreensão dos aspectos articuladores e relacionais dos atores e serviços é imprescindível para o entendimento dessas redes e suas diversas formas de caracterização na realidade.

PALAVRAS CHAVE: Assistência à saúde; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Serviços de saúde mental; Políticas públicas; Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT: *The present study examined a local network care about drugs, from the perceptions of their own actors. This is a case study of qualitative nature. Strategies for data collection were focus groups and participant observation. Data were analyzed using content analysis. From the speech of the participants were raised their concepts about the network care, its challenges and possibilities and two key points of the local panorama: the CAPSad and referrals. It was concluded that the understanding of the articulators and relational aspects of actors and services is essential to understanding these networks and their various forms of characterization in reality.*

KEYWORDS: *Delivery of health care; Substance-related disorders; Mental health services; Public policies; Qualitative research.*

Introdução

O trabalho em rede entre diversos atores sociais, serviços e instituições se apresenta como um grande desafio apregoado nas últimas décadas por diversas políticas sociais, entre elas, a saúde. Este desafio coloca-se frente à configuração fragmentada e desarticulada da implantação das políticas públicas brasileiras, o que por vezes dificulta o atendimento das necessidades da população em sua totalidade (SCHÜTZ; MIOTO, 2010; MONNERAT; SOUZA, 2009).

Segundo Bourguignon (2013), o termo rede remete à ideia de conexão, ações complementares e relações horizontais entre parceiros, para garantir a integralidade da atenção, isto é, uma 'horizontalização' dos dispositivos e profissionais de saúde, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. Para isso, a rede requer uma articulação intersetorial, ou seja, entre diversos setores, instituições e pessoas, agregando saberes e experiências, estabelecendo um conjunto de relações interdependentes. Nesse sentido, a rede assistencial em saúde organiza-se sob os princípios da integralidade e da intersetorialidade (BRASIL, 2006).

No que se refere à área de álcool e outras drogas, a partir da década de 2000, a fim de tentar resolver uma lacuna histórica de ausência do Estado e, consequentemente, de políticas públicas para a área, mudanças puderam ser observadas, culminando: a) na criação, em 2002, e futuro realinhamento, em 2005, de uma Política Nacional sobre Drogas (PNAD); b) no desenvolvimento, pelo Ministério da Saúde, em 2004, de uma política voltada aos usuários, a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD); e c) em uma nova legislação brasileira sobre drogas, Lei nº 11.343/2006 (ALVES, 2009).

Essas mudanças ocorrem em um cenário de avanços e retrocessos em relação à atenção aos usuários de drogas ganhando força e espaço tanto na legislação quanto nas políticas. No geral, ambas as políticas (PNAD e a PAIUAD) compartilham o ideal de organização dos serviços sobre drogas através de redes assistenciais integradas e intersetoriais (ALVES, 2009; BRASIL, 2004; BRASIL, 2005).

Mais recentemente, como elucida Andrade (2011), "num contexto de pânico social relacionado ao uso de crack e de grande fragilidade estrutural, haja vista a carência de ações comunitárias junto aos usuários de drogas", foram instituídos o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) e o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas – Plano Crack. Apesar de algumas particularidades frente à PNAD e à PAIUAD, principalmente no que se refere a uma maior inserção do discurso jurídico, o PEAD e o Plano Crack também vão em direção à organização e à ampliação da rede de atenção aos usuários de drogas e à melhoria do atendimento desta demanda (ANDRADE, 2011; BRASIL, 2009; BRASIL, 2010).

Como forma de operacionalizar a organização e o trabalho da rede assistencial sobre drogas, a PAIUAD, em específico, apregoa aos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad) um papel de articulação. Os CAPSad são responsáveis pela oferta assistencial às ações do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), dando suporte técnico para qualificar suas ações e ampliar o seu campo de ação. Eles devem atuar em conjunto principalmente com as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), os Centros de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS) (BRASIL, 2004).

Sabe-se que a estruturação e o fortalecimento de uma rede de atenção integral e intersetorial aos usuários são diretrizes que ainda não foram plenamente consolidadas na implementação das políticas sobre drogas (ALVES, 2009). Visando compreender melhor este processo, destaca-se o fato de que a implementação de uma política não é somente uma etapa de execução linear das atividades previstas na formulação, sendo mais bem representada como um jogo que envolve uma pluralidade de atores, os quais dão sustentação às políticas (HOWLETT; RAMESH, 1995; SILVA; MELO, 2000).

A partir disso, torna-se relevante avaliar as percepções dos atores que compõem essa rede. Deve-se considerar que as políticas, idealmente formuladas, não possuem um percurso linear de implementação (MOTA, 2011) e que são estes atores quem vivenciam

essa realidade em suas práticas cotidianas, auxiliando no processo de transformação das políticas para o nível local. Destarte, no intuito de melhor compreender este panorama e como as políticas reverberam na realidade social, o presente estudo objetivou analisar uma rede assistencial municipal sobre álcool e outras drogas, levantando seus possíveis estrangulamentos e pontos facilitadores, a partir das percepções dos seus próprios atores.

Metodologia

O presente estudo caracteriza-se por ser um estudo de caso, de natureza qualitativa. Trata-se de um recorte de uma pesquisa/intervenção realizada em um município de pequeno/médio porte de Minas Gerais, que visou implementar práticas preventivas sobre o uso de álcool e outras drogas em serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) e Assistência Social. Segundo Yin (1984 *apud* ALVES-MAZZOTTI, 2006), o estudo de caso é uma pesquisa empírica geralmente usada quando os objetos do estudo referem-se ao 'como' e ao 'porquê', estando relacionados a um fenômeno contemporâneo em seu contexto natural e com o pesquisador tendo pouco controle sobre os acontecimentos.

LOCAL

Foram definidos os seguintes critérios de elegibilidade para o município participante: 1) Aceite formal das Secretarias Municipais de Saúde e Assistência Social; 2) Implantação de ESF no município; 3) Disponibilização de hora de trabalho dos profissionais para participarem do projeto.

O município estudado está situado no Estado de Minas Gerais. Sua população, de acordo com o INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) (2010), era de 69.757 habitantes. Possuía densidade demográfica (hab./km²) de 132,3 habitantes/km² e seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) era igual a 0,794 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO NO BRASIL, 2000).

Ao todo, o município possui em sua rede assistencial de saúde 153 estabelecimentos, sendo 96 deles de natureza privada, 51 de administração direta do setor público e outros 6 serviços divididos entre entidades sem fins lucrativos, cooperativas e fundações privadas. Na atenção primária à saúde, apresenta 17 equipes de ESF, sendo 15 equipes na zona urbana e 2 na zona rural. A cobertura da ESF corresponde a 92,81% da população (SAGE, 2013). Ademais, ainda constam no município duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde Família (NASF) – um núcleo com profissionais da psicologia, assistência social, fisioterapia, nutrição, farmácia e educação física –, que atuam em conjunto com os profissionais da ESF, auxiliando no matriciamento e no compartilhando das práticas de saúde.

Referente à rede assistencial em saúde mental e sobre álcool e outras drogas, o município possui um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para transtornos mentais gerais, um CAPSad (em fase de implantação no momento do estudo), oito grupos de ajuda mútua (sete Alcoólicos Anônimos – AA e um Narcóticos Anônimos – NA) e três comunidades terapêuticas. Sobre a rede de serviços socioassistenciais, o município conta com dois CRAS, um CREAS e um Centro de Referência de Proteção e Inclusão Social de Mulheres. Além disso, foi detectado o Programa Educacional de Resistência às Drogas, da Polícia Militar, com trabalhos educativo-preventivos ao uso indevido de drogas nas escolas.

COLETA DOS DADOS

As estratégias de coleta de dados realizadas foram três grupos focais semiestruturados com atores de diferentes áreas da rede assistencial sobre álcool e outras drogas, do município. Estes participantes foram detectados como atores-chave da rede, com participação destacada durante a realização do projeto. Além disso, procuramos compreender a realidade local de forma ampla, a partir de perspectivas construídas de diferentes localidades de intervenção.

Os roteiros destes grupos focais abarcaram questões referentes à concepção dos participantes sobre a temática de álcool e outras drogas, suas respectivas opiniões sobre o projeto que estava sendo realizado no

município, além de suas percepções acerca da rede local e suas características, abrangendo conceitos sobre integralidade e intersetorialidade. Para o presente estudo foram consideradas somente as questões referentes ao último eixo.

Ademais, cabe acrescentar a observação participante dos pesquisadores durante os dez meses da implementação do projeto. Os dados observados foram registrados em diários de campo, gerando relatórios sistemáticos. A partir dessa técnica de coleta de dados, o pesquisador se coloca como observador de uma situação social para realizar uma investigação científica, ao mesmo tempo que faz parte do contexto sob sua observação (MINAYO, 2011).

PARTICIPANTES

O grupo focal I teve a presença de oito atores da rede: quatro enfermeiros da ESF e quatro profissionais do NASF. O grupo focal II contou com dez profissionais da ESF, sendo quatro enfermeiros e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Do grupo focal III participaram seis atores da rede: dois policiais militares, um profissional de um centro de referência de proteção e inclusão social de mulheres, um profissional do CREAS, um gestor do CAPSad e um profissional da secretaria de saúde.

ANÁLISE DE DADOS

Os dados provenientes dos grupos focais foram gravados em mídia eletrônica e transcritos. Para a análise foi utilizada a técnica de análise de conteúdo do tipo estrutural e temática. Esta é uma técnica tradicionalmente utilizada em pesquisa qualitativa e caracteriza-se por ser uma forma sistematizada e de rigor metodológico de análise de textos e entrevistas (BARDIN, 2009).

A análise desdobrou-se em três fases: 1) a *pré-análise* foi a fase de organização inicial, com o objetivo de apreender, de uma forma global, as ideias principais e os seus significados, através da realização de leituras flutuantes do material; 2) a *exploração do material empírico* foi a análise propriamente dita, sendo realizado o recorte das unidades de registro, isolamento das falas em recortes em nível semântico (o tema), visando à categorização e à contagem frequencial. 3) o *tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação* consistiram na transformação do material em resultados brutos. Após isto, foram feitas inferências e interpretações dos dados previstas no aporte teórico da pesquisa (BARDIN, 2009).

Há, como limitação natural do método, o viés do pesquisador e da percepção, pois "mesmo as teorias pessoais do pesquisador podem vir acompanhadas de ideias pré-concebidas ou cristalizadas sobre o fenômeno" (CAMPOS, 2004). Por isso, conforme aconselhado, quatro pesquisadores estiveram envolvidos de forma independente no processo de codificação, categorização e posterior análise dos dados, assegurando assim maior validade à análise.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Juiz de Fora, processo nº 096/2011. Todos os participantes consentiram sobre a realização da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi realizada em horário de trabalho e conforme as possibilidades dos participantes.

Resultados e discussão

Os resultados foram agrupados nos seguintes eixos temáticos: 1) 'Concepções sobre a rede e o trabalho em rede', que se refere ao entendimento que os entrevistados possuem sobre o que significa a organização dos serviços no formato de redes e como se dá o trabalho nesta perspectiva; 2) 'O papel dos encaminhamentos na rede assistencial', concernente à importância dada ao encaminhamento dos pacientes, visto como a 'engrenagem' do sistema; 3) 'A posição do CAPSad na rede', que diz respeito às percepções sobre o papel do CAPSad, suas ações e como ele exerce a sua função de organizador da rede; 4) 'Possibilidades no trabalho em rede', referente aos levantamentos feitos a partir da realidade vivenciada pelos entrevistados dos pontos facilitadores no trabalho em rede; e 5) 'Desafios no trabalho em rede', sobre os

pontos dificultadores no trabalho, a partir da perspectiva de rede. Tais eixos temáticos de análise e suas frequências de menções são dispostos no quadro 1.

Cabe ressaltar que esses aspectos observados, apesar de apresentados em eixos temáticos separados, se relacionam. As concepções que se tem sobre a rede e o trabalho em rede vão permear a visão que se tem sobre o CAPSad, a necessidade de consolidação da integralidade e intersetorialidade entre os serviços. Assim como os encaminhamentos, as ações do CAPSad influenciam a forma de compreensão da rede assistencial e o levantamento de dificuldades e possibilidades desse trabalho em rede, e assim sucessivamente.

CONCEPÇÕES SOBRE A REDE E O TRABALHO EM REDE

As concepções dos entrevistados sobre o que seria o trabalho em rede aparecem em consonância com as políticas na área. Elas se relacionam com a ideia de vários *nós*, que seriam os serviços e seus profissionais, abordando diferentes partes do problema, provendo assim uma visão mais ampla para uma questão (álcool e outras drogas) que também é multidimensional. "Parece que, é, trabalhar em rede. Eu acho que é cada um pegando a sua área. Pra tentar resolver o problema da melhor forma possível".

A partir disso, esta rede deve ser composta por diversos dispositivos/serviços de diferentes setores, trabalhando de forma integrada. Os pressupostos *intersetorialidade* e *integralidade* são bastante abordados pelos profissionais, sendo considerados como conceitos-chave nos quais a rede e os serviços devem se basear para organizar as suas ações. Os serviços, cada um a partir de sua perspectiva de trabalho, vão atuar em conjunto, se complementando e melhorando as condições de vida dos usuários. Cada um deve ter responsabilidade de sua importância, porque, se um *nó* não dá continuidade ao trabalho, essa rede consequentemente se fragmenta. "Então, quer que haja essa ponte entre diversos setores que trabalham desse jeito, entendeu? CAPS, CREAS, saúde, educação, assistência social é políticas públicas. Enfim, segurança pública".

No entanto, observou-se uma aceitação naturalizada e ideologização da perspectiva do trabalho em rede, conforme constatado anteriormente por Paiva, Costa e Ronzani (2013), e de outros aspectos, como os conceitos de integralidade e intersetorialidade. Não foram feitos questionamentos sobre outras formas possíveis de organização dos serviços e de trabalho. As reflexões realizadas já partem do pressuposto de que as ações devem ser articuladas no formato de uma rede, limitando-se a levantar as dificuldades e potencialidades em se trabalhar a partir desta perspectiva. Em alguns casos mais extremos, a rede aparece, inclusive, como uma espécie de 'salvadora da pátria', pois uma maior coesão e integração sua implicaria diretamente na diminuição do uso de drogas, como pode ser demonstrado pela seguinte fala: "A interação de equipe da rede diminuiria muito o uso, né?".

Devido às especificidades do uso de drogas, um componente que aparece atrelado ao trabalho em redes é a associação da família. Nesta perspectiva, a família é vista como corresponsável no processo de prevenção, através de práticas educativas e estilos de controle parental, facilitando, ou não, o uso abusivo de drogas; e também no processo do tratamento, através da importância do seu engajamento (SCHENKER; MINAYO, 2003). Dessa forma, o âmbito familiar deve ser considerado como uma importante ferramenta no trabalho em rede.

O último aspecto referente às concepções dos entrevistados sobre o trabalho em rede é a noção de que esta rede se consolida através do planejamento das ações, articulando os setores e seus respectivos serviços, e não através de trocas pontuais entre os profissionais e motivações políticas oportunas sem reflexão das ações. Esta consolidação deve perpassar os indivíduos que ali trabalham e as ideologias que ali residem momentaneamente para que se tenha força suficiente para dar embasamento à continuação das práticas implementadas. Tal fator pode ser observado pela fala a seguir:

> *É consolidar o trabalho entre os setores e não entre as pessoas, né? Essa consciência entre as pessoas e não só entre o fulano que conhece a cicrana. Se a gente, de algum, por algum momento visar só questão política e não por algum, alguma outra questão, dois vão embora ou vão pra outro setor, e perde aquilo ali. Num*

é? Fica mais sólido esse tipo de ponte entre os setores, não só entre as pessoas.

POSIÇÃO DO CAPSAD NA REDE

Antes de quaisquer caracterizações sobre o CAPSad, é necessário ressalvar que, no momento do estudo, o CAPSad encontrava-se em fase de implantação no município, atuando somente enquanto ambulatório. Isto, por si só, nos traz algumas limitações no entendimento do seu papel dentro da rede.

Os entrevistados, em consonância com a PAIUAD, percebem o CAPSad como o centro da rede assistencial sobre drogas. A maior frequência de enunciados relaciona-se com o CAPSad propiciando maior resolutividade aos casos encaminhados, estando integrado à rede e dialogando com outros profissionais e dispositivos assistenciais.

Tal perspectiva demonstra a importância deste dispositivo no município ao dividir a responsabilidade do tratamento com os profissionais de saúde e da assistência social. Estes, em sua maioria, não têm formação específica para lidar com a situação do uso/abuso e dependência do uso de drogas, sentindo receio de abordar a temática e gerar uma demanda para a qual não conseguiriam dar resolutividade.

Isso. Você faz até meio assim, ufa, consegui! Né? Saiu daqui! Encaminhei no CAPSad então, agora, a resolutividade tá comigo mas também tô dividindo a minha responsabilidade com alguém. Então, a gente se sente um pouco mais tranquila. É, tô dizendo como eu me sinto. Realmente, eu me sinto assim quando eu consigo.

O processo de implantação e o trabalho do CAPSad foram observados positivamente pelos entrevistados, com o contato sendo realizado de forma bastante prática. A implantação deste serviço vem a suprir uma lacuna assistencial no município que acabava caindo no CAPS geral, que se encontrava sobrecarregado, não dispondo das condições suficientes para atender a demanda de saúde mental geral e também a de álcool e outras drogas.

Os CAPSad surgem como alguns dos principais mecanismos na consolidação das políticas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, partindo dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004). No município, eles ocupam um lugar estratégico dentro da rede assistencial sobre álcool e outras drogas, na tentativa de assumir um papel ativo na articulação dessa rede e atuando conjuntamente com os dispositivos socioassistenciais do município.

Contudo, no plano nacional, os CAPSad aparecem cercados por diversos desafios, tais como: cobertura insuficiente (BRASIL, 2012), desarticulação com o restante da rede assistencial (FODRA; ROSA, 2009), deficiências na formação de seus profissionais (SOUZA *et al*, 2007) e problemas de infraestrutura (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008), entre outros. Alguns destes contrapontos também foram observados no município. Em certos momentos, observou-se a necessidade de uma maior divulgação do trabalho realizado pelo CAPSad para os profissionais da ESF (principalmente, os ACS), e de uma maior integração com o restante da rede. Tais aspectos foram confirmados pela observação participante.

Dessa forma, faz-se necessário entender que, mesmo que os profissionais demonstrem a perspectiva defendida pelas políticas sobre o CAPSad, isto não impede o surgimento de diversos obstáculos para a sua implementação e fortalecimento. A partir disso, cabem aqui alguns questionamentos sobre o que impede que esta perspectiva dos profissionais seja traduzida em ação: 1) as dificuldades dos CAPSad na rede sobre drogas acontecem devido à a ausência de percepção e reflexão dos profissionais sobre estes problemas?; ou 2) existem fatores relacionados a própria política e à forma como é implementada que ultrapassam as percepções dos profissionais e incidem diretamente nas dificuldades de concretização deste dispositivo?

O fato de o CAPSad atuar somente como ambulatório no momento do estudo nos inviabiliza responder a tais questionamentos, limitando as observações acerca das ações desenvolvidas por ele e como é visto pelos atores da rede entrevistados. Contudo, os pontos levantados acima e outros, que serão abarcados mais à frente no artigo, reforçam a necessidade destas indagações a fim de se obter uma melhor compreensão deste

dispositivo e dos diversos aspectos que o cercam a partir de uma perspectiva ampla.

PAPEL DOS ENCAMINHAMENTOS NA REDE

O encaminhamento, na visão dos entrevistados, adquire uma posição prioritária na rede assistencial, sendo caracterizado de duas formas: 1) como o elo entre os serviços; e 2) como o procedimento que irá resolver o fluxo da rede, isto é, a sua 'engrenagem'. A partir disso, compreende-se a visão dos atores voltada para o conjunto de circunstâncias que viabilizam ou inviabilizam a entrada do usuário na rede de serviços em seus diferentes níveis de complexidade e modalidades de atendimento. Ou seja, o que se discute é a dificuldade de se obter o tratamento desejado (MOTA, 2011).

No momento do estudo, a implementação do CAPSad representava um horizonte na questão dos encaminhamentos, ainda que tenham sido percebidos problemas no que se refere à falta de esclarecimento por parte de alguns entrevistados sobre as melhores opções e formas de encaminhamento. Em outras oportunidades, observou-se até a ocorrência de encaminhamentos de casos para o CAPSad que poderiam ser tratados somente na ESF, através de estratégias de prevenção, fator esse que pode vir a contribuir para uma sobrecarga futura do CAPSad e para a sua insuficiência em suprir a demanda local. Ainda assim, mesmo nesse cenário geral de melhorias para o encaminhamento de pacientes, foram relatadas queixas sobre a necessidade de um maior número de serviços de tratamento.

É imprescindível a existência de um amplo sistema de tratamento do uso/abuso e dependência de álcool e outras drogas, servindo como ponto de apoio para os profissionais, considerando o continuum do tratamento dos usuários e os níveis de complexidade da rede (primário, secundário e terciário) (RUSH, 2010). O cenário observado no País, de forma geral, é de uma cobertura insuficiente para atender a demanda (VINHA, 2012). Devido ao fato do tratamento do uso de drogas também perpassar variadas dimensões, deve-se pensar em como articular os diversos serviços da rede assistencial.

Contudo, o encaminhamento não deve ser pensado como uma ferramenta de maior integração dos serviços, de modo que o aumento no número de encaminhamentos signifique um aumento na integração dos serviços. Tão importante quanto à implantação dos serviços assistenciais para álcool e outras drogas é pensar em fatores como a sua acessibilidade e diferentes modos de articulação entre eles. Em muitos dos casos, a articulação entre estes dispositivos é feita a partir de uma transferência de responsabilidades e não como um cuidado compartilhado. Essa tônica nos encaminhamentos, que, por sua vez, inserem-se em um sistema de referência e contrarreferência pouco efetivo, pode futuramente colaborar para uma descontinuidade dos tratamentos e para desresponsabilizações por parte dos profissionais (ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2008).

A fim de se reverter esse cenário inicial observado e essa lógica de encaminhamento, e também de se operacionalizar o cuidado compartilhado, uma 'ferramenta' a ser considerada é o apoio matricial. Através do apoio matricial das equipes do CAPS e CAPSad para as equipes dos CRAS, CREAS e ESF, acompanhando-os sistematicamente, a demanda poderia vir a ser reorientada, com os encaminhamentos indiscriminados sendo modificados pela lógica da corresponsabilização, o que, por sua vez, possibilitaria uma maior resolutividade à atenção para os usuários de álcool e outras drogas (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

POSSIBILIDADES NO TRABALHO EM REDE

Segundo os entrevistados, o cenário encontrado no município apresentava-se em processo de melhoria, mesmo ainda havendo a necessidade de avanços em muitos aspectos do trabalho em rede. Para eles, os diferentes setores, aos poucos, tomavam ciência da necessidade de se estabelecer parcerias e trabalhar de forma integrada dentro da rede assistencial. Tal constatação pode ser exemplificada na seguinte fala do participante: "Então, nós estamos <u>começando</u> a caminhar, entendeu? [...] Pô, o município tá caminhando pra ter essa estrutura também, entendeu? Já tá muito, progredindo bastante. Mas tem muita coisa pra fazer".

Os principais pontos positivos notados pelos entrevistados, que se caracterizavam como possibilidades de trabalho, permeavam: a) a implantação do CAPSad no município; b) a participação dos dispositivos da assistência social, como o CRAS e CREAS; c) a atuação dos grupos de ajuda mútua; d) estratégias educativas e preventivas nas escolas.

Com a implantação do CAPSad, os entrevistados relatam melhoras na resolutividade do tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, no que concerne à existência de um ponto central de referência para encaminhamento dos pacientes, como enuncia a seguinte fala: "Eu acho que tava faltando uma referência, que é o CAPSad. A gente não tinha é... é um ponto público, né?, pr'a gente poder encaminhar as pessoas". Novamente, a lógica do encaminhamento aparece perpassando a noção de rede.

Cabe também ressaltar a valorização do saber técnico, neste caso, apregoado ao CAPSad e seus profissionais (principalmente, os psiquiatras e psicólogos), com os entrevistados deixando de lado outros valores e potencialidades próprias e de suas profissões. Isso contribui para a perpetuação de um modelo de atenção pautado em um saber médico, restringindo o poder de atuação de uma diversa gama de atores que poderiam contribuir, de fato, para o tratamento dos usuários de álcool e outras drogas (MORAES, 2008).

Apesar de considerarem a saúde como setor prioritário na configuração da rede, devido ao fato de que os usuários ou os problemas relacionados ao uso de substâncias 'chegam' primeiro no setor saúde, a realização do trabalho intersetorial é descrita como imprescindível para a consolidação da rede. Nesse contexto, os dispositivos socioassistenciais (principalmente, os CRAS e CREAS) tiveram atuações bastante destacadas, segundo relatos dos entrevistados, na tentativa de articulação da rede, propondo e realizando ações em conjunto com outros dispositivos. Estes dispositivos são identificados como elementos-chave, oferecendo suporte à vulnerabilidade social que se conjuga aos problemas do uso indevido de álcool e outras drogas.

Portanto, os papéis e posições dos dispositivos socioassistenciais dentro da rede devem ser problematizados, a fim de uma maior integração. Estes serviços aparecem como nós centrais, juntamente às equipes de ESF e ao CAPSad, na tentativa de compreensão e tratamento do problema, considerando também os fatores sociais, além dos individuais (BRASIL, 2004). Parte-se do pressuposto que o tratamento e a assistência social são ações complementares e devem ser planejadas e desenvolvidas de forma a convergir para fins comuns (BRASIL, 2012). Ademais, ao tentar entender e abordar o fenômeno em sua complexidade, deve-se considerar a incapacidade de resposta dos setores isolados.

Ainda nesse contexto, os grupos de ajuda mútua (AA e NA) também aparecem como a parte da rede complementar citada pelos entrevistados para o suporte e o apoio aos profissionais no tratamento. Estes grupos aparecem ocupando um espaço importante dentro da rede assistencial e exercendo funções que, em tese, seriam dos serviços de natureza estatal, mas que são escassos devido à insuficiência de serviços de tratamento. Apesar disso, os entrevistados disseram desconhecer algum tipo de trabalho em conjunto do CAPS ou do CAPSad com esses dispositivos, levantando a necessidade de uma maior integração entre eles, como descrito na fala seguinte: "Então, esses grupos de apoios são muito bons, mas acho que eles têm que ter mais apoio para poder esta apoiando também".

Em relação à prevenção, as escolas aparecem como um espaço privilegiado, com a realização de trabalhos educativos e conscientizadores. A noção de prevenção em si ficou muito voltada para aqueles que ainda não utilizaram algum tipo de droga, em sua maior parte os jovens (crianças e adolescentes), sendo operacionalizada dentro das escolas através de palestras, principalmente. Emergiram falas sobre a realização de projetos em conjunto, principalmente com as equipes de ESF e a Polícia Militar, relatando a importância de se considerar tais lócus na busca da intersetorialidade apregoada pelo trabalho em rede.

Contudo, o pensar e agir preventivamente deve ultrapassar ações isoladas, como palestras educativas, sendo estas impulsionadas por projetos maiores que não embarquem apenas na transmissão de conteúdo. Somente estes atos isolados, abordando também uma visão unilateral do problema, muitas das vezes, produzem resultados contrários aos que se objetiva, aumentando a

curiosidade das crianças e adolescentes sobre o assunto, levando-os à experimentação. Ademais, jaz a necessidade de se repensar o planejamento das práticas educativas em álcool e outras drogas, levando em consideração os contextos nas quais se inserem as crenças e os valores exacerbados (SOUZA; RONZANI, 2012).

DESAFIOS NO TRABALHO EM REDE

As dificuldades encontradas pelos entrevistados no trabalho em rede, em suma, dizem respeito à necessidade da consolidação, de fato, dos preceitos de integralidade e intersetorialidade no dia a dia dos serviços. Estes dois princípios são colocados como o cerne da organização e do trabalho desempenhado nos serviços, mas, ao mesmo tempo, são muito difíceis de serem implementados satisfatoriamente devido a uma série de fatores que foram categorizados da seguinte forma: 1) desconhecimento dos profissionais sobre os serviços que compõem a rede, quais as suas funções e ações desempenhadas; 2) inexistência de espaços/momentos de diálogo que facilitem a interação entre os serviços; 3) insuficiência de mecanismos que também auxiliem a integração da rede como um todo; e 4) desconsideração da comunidade na construção e no fortalecimento da rede assistencial.

As maiores reflexões relacionaram-se com a necessidade dos próprios atores da rede se esclarecerem melhor sobre os serviços existentes e suas ações. A ênfase dos profissionais no CAPSad, desconsiderando outros potenciais dispositivos, vem a corroborar com a literatura, que mostra que muitos profissionais desconhecem propostas que não trabalham com a medicação, como é o caso dos centros de convivências, das parcerias com as escolas e dos espaços de lazer e de esporte no próprio território (GOMES, 2006). Novamente, os encaminhamentos adquirem uma posição privilegiada nesta discussão, com os encaminhamentos errados resultando dessa falta de compreensão da realidade e interferindo na desistência do tratamento por uma parcela de usuários. Além disso, esse desconhecimento também resulta na falta de interação entre os serviços e no não estabelecimento de parcerias, como ilustrado pela fala abaixo:

> *Falta esclarecer qual que é o serviço de um, qual que é o serviço de outro. Porque, às vezes, o encaminhamento vem errado. [...] Não sabem, ainda, como que é o CAPSad. Aí, não encaminha pra lá; aí, já manda pro CAPS direto, né? Então, eu acho que a gente pode acabar perdendo as pessoas nesse meio do caminho, de tanto passar de um lugar pro outro e ela não conseguir resultado nenhum.*

Outra possível causa, segundo os entrevistados, para a não consolidação, de fato, da integralidade e da intersetorialidade é a ausência de espaços/momentos para troca de informações entre serviços e atores da rede. Tal fator encontra-se diretamente ligado com o desconhecimento por parte dos profissionais sobre os serviços e suas funções/ações desempenhadas, devido ao fato de que a falta de diálogo pode proporcionar distanciamento e desconhecimento sobre o que é feito para além de sua própria realidade. A articulação entre os demais dispositivos da rede assistencial deve ser guiada, principalmente, através do trabalho multiprofissional e intersetorial, de forma integrada (PAIVA; COSTA; RONZANI, 2013), considerando suas posições e atuações frente à comunidade. Uma das possíveis soluções levantadas pelos entrevistados é a realização de reuniões entre os serviços da rede, de acordo com suas possibilidades. Isso facilitaria uma maior comunicação/interação, com trocas de informações e experiências, sendo vista das seguintes formas:

> *Aí, assim, é... Eu acho que falta é reuniões assim. Pode até ser informal. Pra cada um poder falar a respeito de seu setor e a gente ver o que liga um setor no outro, né? Que trabalho pode ser feito em parceria, pra que fique mais claro. Porque, às vezes, eu acho que deixam de encaminhar por um desconhecimento.*
> *Eu acho que é, tipo assim, fazer reunião quinzenalmente, semanalmente, pra passar informação. É trocar informação. A dificuldade que eu tenho lá, mando pra ela; ela manda pra mim. É troca de experiência, de conhecimento, e é bom para o tratamento.*

No que concerne à ausência de mecanismos/ferramentas práticas que também auxiliem a integração da rede como um todo, foram levantadas duas possíveis soluções: a) os avanços nos processos de encaminhamento, já discutidos anteriormente e com o maior número de menções; e b) a criação de um sistema informatizado unificado, onde todos os serviços possam ter acesso aos registros dos pacientes e, assim, acompanhar o seu fluxo pela rede. A partir desse acompanhamento, a coordenação conjunta de casos seria facilitada, com um melhor cenário de continuidade para o tratamento. A compreensão do trabalho dos outros serviços aumentaria juntamente com a percepção sobre a melhor forma de contribuição própria. Tal panorama pode visualizado a partir da seguinte fala:

> *A facilidade da informática, ainda, eu acho que ainda tá caminhando, ainda, né? Tem facilidade. Os recursos estão todos informatizados, mas, aí, para aquela questão. É, eu não consigo acompanhar o trabalho que ela está fazendo. Entendeu? Paciente que eu atendi, por exemplo, no CAPS, outro dia, aqui, que eu encaminhei pra ele, eu não sei que que ele fez com o cara. Perdi, não tenho. É um banco de dados, entendeu? Aonde eu pudesse estar acompanhando o caso do fulano: é aquele ali, que passou por isso; ele passou por aquilo, ele passou. Aonde se perdeu? Aí, você teria condições de saber aonde foi que houve a perda dele, naquele contato daquele trabalho. Vamos lá. É, vocês... É, é... Gera demanda, mas você não tem como tá acompanhando.*

Nesses pontos, cabe também a problematização acerca da responsabilidade da gestão de propiciar condições para a construção de ações estratégicas com uma perspectiva articuladora da atuação dos atores da rede. Estes profissionais devem assumir as suas responsabilidades e implicações no fortalecimento da rede assistencial sobre álcool e outras drogas, mas o nível de integração e efetividade desta está também associado ao engajamento dos gestores no processo de implementação de tais estratégias (RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009).

Um último aspecto a se considerar é que, a despeito da rede assistencial aparecer em processo de reestruturação, não há referências por parte dos entrevistados, da criação ou do desenvolvimento de uma rede comunitária, ou da participação da comunidade na construção deste processo. Apesar dos desafios que envolvem a participação efetiva dos diferentes grupos sociais na identificação, formulação e implementação das ações sobre álcool e outras drogas, a adoção desta lógica de interação com a comunidade torna-se imprescindível. É necessário, pois, considerar os usuários no planejamento e na implementação dessas ações, a partir de suas realidades e necessidades (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Apesar das dificuldades do trabalho em rede enunciadas serem passíveis de mudanças, conforme proposição dos próprios entrevistados, reverter este cenário não é tão simples quanto parece. Alguns fatores, como as normas de rotina já afixadas para os setores, o suporte insuficiente da gestão, a sobrecarga de trabalho e a ausência de categorias profissionais, além de estigmas sobre o uso de álcool e outras drogas, obstaculizam a estruturação e o fortalecimento de uma rede assistencial integrada e intersetorial (MORAES, 2008). Ademais, conforme elucida Moraes (2008), é também necessário ter a noção de que a ampliação da rede de serviços, por si só, não é suficiente para uma atenção integral à saúde dos usuários, levando em consideração os fatores acima citados e toda a complexidade que envolve a temática das drogas.

Considerações finais

A partir do explicitado acima, considera-se a importância de pesquisas visando entender a rede assistencial sobre álcool e outras drogas em nível local, seus estrangulamentos e pontos facilitadores. Apesar de o cenário encontrado no município demonstrar melhorias e avanços, algumas dificuldades foram percebidas, principalmente no que tange à necessidade da consolidação, de fato, dos preceitos de integralidade e intersetorialidade.

Os entrevistados demonstram uma incorporação dos valores das políticas sobre drogas, com vários conceitos e percepções compartilhados. No entanto,

observou-se que tais fatores não garantem, por si só, a concretização de ações. Estas percepções, muitas das vezes ideologizadas e naturalizadas, acabam por refletir valores e ideais de políticas sem que se realizem maiores problematizações sobre os obstáculos concretos para a implementação dessas políticas na realidade local. Cabe, portanto, levantar alguns questionamentos: Por que, mesmo quando os atores estão em consonância com os princípios das políticas, estas são difíceis de serem consolidadas? Quais seriam os fatores que influenciariam uma melhor concretização das políticas públicas sobre drogas? Qual o papel do nível de gestão central (governo, ministérios) na operacionalização desses conceitos em diretrizes que sejam realmente passíveis de implementação, considerando também as particularidades dos níveis locais?

O presente estudo não objetivou responder essas perguntas. Entretanto, a partir dos resultados encontrados, acredita-se que uma forma de se aproximar dessas respostas é considerar as percepções dos atores que fazem parte dessa realidade prática das políticas sobre drogas, ou seja, os atores que compõem a rede assistencial. Ademais, essa abordagem pode possibilitar um maior entendimento dos aspectos processuais que configuram a rede e, ao mesmo tempo, são conformados por ela. A compreensão destes aspectos articuladores e relacionais dos grupos, atores e serviços é imprescindível para um entendimento mais aprofundado dessas redes e de suas diversas formas de caracterização na realidade. ■

Referências

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface:Comunicação, Saúde, Educação,* Botucatu, v. 8, n. 15, pp. 259-74, 2004.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Publica*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, pp. 2309-2319, 2009.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Usos e abusos dos estudos de caso. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 36, n. 129, pp. 637-651, 2006.

ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, pp. 4665-4674, 2011.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009. 223p.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 28, n. 3, pp. 632-645, 2008.

BOURGUIGNON, J. A. Concepção de rede intersetorial. Disponível em: <http://www.uepg. br/nupes/intersetor.htm>. Acesso em: 27 mar. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional Antidrogas. *Política Nacional sobre Drogas.* Brasília: Conselho Nacional Antidrogas, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. *Política Nacional de Atenção Básica.* Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume4 .pdf>. Acesso em: 27 mar. 2013.

_____. *Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009*. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto de Lei nº 7.179, de 20 de maio de 2010.* Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2010.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Sistema nacional de políticas públicas sobre drogas.* Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2012.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem,* Brasília, v. 57, n. 5, pp. 611-614, 2004.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção bá-

sica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, pp. 129-138, 2009.

FODRA, R. E. P.; ROSA, A. C. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad): análises dos discursos e da prática no contexto da Reforma Psiquiátrica e atenção psicossocial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, pp. 129-139, 2009.

GOMES, V. G. *Apoio Matricial:* estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP. 2006. Trabalho de conclusão do curso (Aprimoramento em Saúde Mental) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2006.

HOWLETT, M.; RAMESH, M. *Studying Public Policy*: Policy Cycles and Policy Subsystems. Canadá: Oxford University Press, 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Cidades@*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>. Acesso em: 27 mar. 2013.

MINAYO, M. C. S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M. C. S. (org). *Pesquisa Social:* Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2011.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Da Seguridade Social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. *Rev. Katálysis*, Santa Catarina, v. 14, n. 1, pp. 41-49, 2011.

MORAES, M. Integral healthcare model for treating problems caused by alcohol and other drugs: perceptions of users, their companions and practitioners. *Ciência e Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, pp. 121-133, 2008.

MOTA, D. C. B. *Avaliação da implementação das políticas públicas sobre álcool e outras drogas em nível municipal*. 2011. Dissertação de Mestrado (Psicologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, 2011.

PAIVA, F. S.; COSTA, P. H. A.; RONZANI, T. M. Fortalecendo redes sociais: desafios e possibilidades na prevenção ao uso de drogas na atenção primária à saúde. *Aletheia*, Canoas, 2013. (no prelo).

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO NO BRASIL. Atlas do Desenvolvimento Humano. *Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal, 1991 e 2000:* Todos os municípios do Brasil. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ ranking/IDHM%2091%2000%20Ranking%20decrescente%20%28pelos%20dados%20de%202000%29.htm>. Acesso em: 27 mar. 2013.

RONZANI, T. M.; MOTA, D. C. B.; SOUZA, I. C. W. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. *Revista de Saúde Pública,* São Paulo, v. 43, supl. 1, pp. 51-61, 2009.

RUSH, B. Tiered frameworks for planning substance use service delivery systems: origins and key principles. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs,* Helsinki, v. 27, pp. 617-636, 2010.

SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA (SAGE). *Atenção à Saúde. Disponível em: < http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em: 27 mar. 2013*.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência e Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, pp. 299-306, 2003.

SCHÜTZ, F.; MIOTO, R. C. T. Intersetorialidade e Política Social: subsídios para o debate. *Sociedade em Debate*, Pelotas, v. 16, pp. 61-77, 2010.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. *O processo de implementação de políticas públicas no Brasil:* características e determinantes da avaliação de programas e projetos. Campinas: NEPP: UNICAMP, 2000.

SOUZA, I. C. W.; RONZANI, T. M. Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação. *Psicologia em estudos,* Maringá, v. 17, n. 2, pp. 237-246, 2012.

SOUZA, J. *et al*. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: novas propostas, novos desafios. *Revista de Enfermagem de UERJ*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, pp. 210-17, 2007.

VINHA, I. R. Cenário da Assistência em Saúde Mental/Uso de Substâncias Psicoativas na Região de Saúde de Piracicaba, São Paulo, Brasil. *SMAD: Revista Eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, pp. 25-31, 2011.

ZAMBENEDETTI, G.; PERRONE, C. M. O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, pp. 277-293, 2008.

Recebido para publicação em Junho/2013
Versão final em Julho/2013
Conflito de interesse: Não há.
Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), através do Edital 09/2010 "Extensão em Interface com a Pesquisa 2010".

A internação de usuários de álcool e outras drogas em hospital geral

The hospitalization of users of alcohol and other drugs in the general hospital

Sirlei Favero Cetolin[1], Clarete Trzcinski[2], Ana Cristina Weber Marchi[3]

[1] Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) – Porto Alegre (RS), Brasil. Assistente Social da Secretaria da Saúde do Estado de Santa Catarina (SES) – Florianópolis (SC), Brasil.
sirleicetolin@saninternet.com

[2] Doutoranda em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil.
clarete@desbrava.com.br

[3] Graduada em Psicologia pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC).
anacmarchi@gmail.com

RESUMO: O artigo objetiva analisar a internação de usuários de álcool e outras drogas em Hospital Geral, por meio de prontuários de pacientes com idades entre 28 e 67 anos, que faziam uso de álcool ou outras drogas havia mais de quatorze anos e já tinham sido internados pelo menos duas vezes. Os resultados revelam lacunas nos serviços de saúde, onde a internação é vista como tratamento final para o uso de drogas. Contudo, após cumprir o prazo de isolamento, desintoxicação e abstinência, o paciente volta ao convívio familiar e social, sendo necessário intensificar ações de saúde atuando no fortalecimento dos pacientes para esse 'retorno'.

PALAVRAS CHAVE: Saúde Mental; Alcoolismo; Drogas.

ABSTRACT: *The article aims to analyse the hospitalization of users of alcohol and other drugs in the General Hospital, through medical records of patients aged 28 and 67 years that made use of alcohol or other drugs for more than fourteen years and had been hospitalized at least twice.*

The results reveal gaps in health services where the hospital ends up being seen as a final treatment for drug use, however, after the deadline of isolation, withdrawal and detoxification, the patient returns to the family and social life is necessary to intensify actions working on strengthening health patients for this "return".

KEYWORDS: *Mental Health; Alcoholism; Drugs.*

1. Introdução

A dependência de álcool e outras drogas se tornou um importante problema de saúde pública no Brasil e, não diferentemente de outras regiões do país, os municípios localizados no extremo oeste do Estado de Santa Catarina também enfrentam desafios no sentido de atingir os objetivos propostos pela Reforma Psiquiátrica, que estabelecem importantes transformações conceituais e operacionais no campo da atenção à saúde mental.

A promulgação da Lei 10.216, de 06/04/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, foi um dos avanços mais significativos no processo histórico das políticas públicas de saúde mental no Brasil. Dentre o arcabouço jurídico que sustenta a referida Lei, destaca-se a Portaria GM nº 1101, de 12/06/2002, que propõe a redistribuição dos leitos psiquiátricos, estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde Mental. Contudo, muitos desafios ainda se impõem para a efetivação dos direitos previstos na legislação em relação às pessoas com dependência de drogas.

O Hospital de Tunápolis, no Estado de Santa Catarina, foi escolhido para este estudo pelo fato de atender as demandas de municípios regionais do extremo oeste catarinense por meio do SUS. A instituição hospitalar tem características de um Hospital Geral e presta serviços nas áreas das quatro clínicas: pediatria, clínica geral, ginecologia e obstetrícia, possuindo, no total, 38 leitos para o atendimento da população geral. Possui também uma ala psiquiátrica com nove leitos credenciados pelo SUS e três leitos para atendimento particular, planos e convênios. Em um levantamento inicial na instituição hospitalar, percebeu-se que, em 2010, dentre o total de pacientes que haviam sido internados na ala psiquiátrica, aproximadamente 60% possuíam o diagnóstico de uso abusivo de álcool ou outras drogas. O mesmo levantamento demonstrou que muitos dos pacientes haviam sido internados mais do que uma vez no local, provocando algumas indagações que fomentaram a realização desta análise, que tem como objeto de estudo a internação dos usuários de álcool e outras drogas em Hospital Geral.

Vale lembrar que, no Brasil, várias pesquisas já foram feitas abordando temáticas relacionadas às drogas. Todavia, na região do extremo oeste catarinense, pesquisas voltadas especificamente para o assunto são escassas, de modo que o objetivo do estudo foi analisar a internação de usuários de álcool e outras drogas em Hospital Geral. Pretende-se, com este artigo, fomentar reflexões a partir da realização de uma pesquisa documental que se utilizou de prontuários de pacientes para a coleta de dados.

1.1 ASPECTOS BIOPSICOSSOCIAIS DO USO DE DROGAS

Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (2001), droga é qualquer substância não produzida pelo organismo e que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento. As drogas utilizadas para alterar o funcionamento cerebral, que causam modificações no estado mental, são chamadas de drogas psicotrópicas ou substâncias psicoativas. Na lista de substâncias da Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10), em seu capítulo V (Transtornos Mentais e de Comportamento), encontram-se como drogas ou substâncias psicoativas as seguintes: álcool, opioides (morfina, heroína, codeína, diversas substâncias sintéticas), canabinoides (maconha), sedativos ou hipnóticos (barbitúricos, benzodiazepínicos), cocaína, outros estimulantes (como anfetaminas e substâncias relacionadas à cafeína), alucinógenos, tabaco e os solventes voláteis. As formas de classificar as drogas caracterizam-se como lícitas e ilícitas, sendo que as lícitas são aquelas comercializadas de forma legal e que podem ou não estar submetidas a algum tipo de restrição, como, por exemplo, o álcool, que possui venda proibida para pessoas menores de 18 anos, e alguns medicamentos que somente podem ser adquiridos mediante prescrição médica especial. As drogas ilícitas, por sua vez, são aquelas que possuem proibição por lei (SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS, 2010).

É importante lembrar que o uso de drogas que alteram o estado mental das pessoas acontece há milhares de anos e, muito provavelmente, vai acompanhar toda a história da humanidade, possuindo como justificativas para o seu uso razões culturais, religiosas, genéticas; como forma de enfrentamento de problemas; para transgredir ou transcender; ou como meio de socialização e isolamento, entre outras. A relação do indivíduo com cada tipo de droga pode, dependendo do contexto, ser inofensiva ou apresentar poucos riscos, mas também pode assumir padrões de utilização altamente disfuncionais e dependentes, com prejuízos biológicos, psicológicos e sociais (EDWARDS; DARE, 1997).

A Organização Mundial de Saúde (2001) definiu dois tipos de dependência: a dependência psíquica e a dependência física. Dependência psíquica seria a condição na qual uma droga produz um sentimento de satisfação e um impulso psicológico que requerem o uso periódico ou contínuo da mesma, para produzir prazer ou evitar desconforto. E a dependência física, um estado de adaptação do corpo manifestado por distúrbios físicos, quando o uso da droga é interrompido. Na dependência física, a droga é necessária para que o indivíduo 'funcione' normalmente. Este estado manifesta-se nos distúrbios físicos que ocorrem quando a droga é retirada. Tais distúrbios físicos são denominados síndromes de retirada ou síndrome de abstinência, e consistem em grupos de sintomas.

1.2 INTERNAÇÃO E TRATAMENTO

Segundo Paiva (2002), revelar-se dependente e usuário de drogas implica em uma série de indesejáveis consequências profissionais e pessoais. Uma das primeiras decisões a ser tomada pelos profissionais da saúde é o tipo de tratamento ambulatorial ou internação que será realizado.

A internação pode ser aceita como a definição concreta da promoção de abstinência, por afastar o indivíduo de seu habitat (que inclui os ambientes de consumo e apropriação da droga). Ela geralmente é indicada em casos mais severos, por construir um refúgio mais seguro para pacientes menos capazes de resistir à droga. Deve-se enfatizar, porém, que a internação não é tratamento, mas exclusivamente uma estratégia vista como modalidade terapêutica para a promoção da abstinência, que é apenas a parte inicial do tratamento (SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS, 2010).

Para Grynberg e Kalina (1999), o tratamento dos dependentes tem dois momentos importantes:

Uma fase inicial de desintoxicação, cujo objetivo é isolar o sujeito de sua família e seu ambiente e que, portanto, deve ser realizada em local especializado. A hospitalização nem sempre é bem aceita pelo usuário de drogas, mas, de início, é necessária e deve-se apelar para ela, fazendo com que o paciente e seu grupo compreendam a sua importância.

A segunda fase, mais longa e definitiva, é aquela em que se desenvolve uma terapêutica que aborde em profundidade a personalidade do paciente. É uma fase que exige dedicação dos profissionais, familiares e, sobretudo, do paciente. E os avanços nem sempre seguem uma curva regular nem se fazem visíveis aos olhos de todos. Seja qual for o caso, o ponto-chave é não submeter o paciente ao seu ambiente anterior de forma prematura. Caso contrário, as recaídas serão mais prováveis e o paciente necessitará ser reinternado em curto ou médio prazo.

Contudo, vale lembrar que é o paciente quem deve chegar a desejar honestamente deixar de usar a droga. Ninguém pode 'recuperar-se' no lugar dele. 'Curar' significa aprender a dizer não e, para isso, é indispensável que os profissionais de saúde tenham conhecimento do ambiente em que vive o usuário e, muitas vezes, retirem-no desse ambiente, pelo período que for necessário, para que seja realizada a internação e o devido tratamento.

Na atualidade, o uso indevido de drogas e a dependência têm sido tratados como questão de ordem internacional, objeto de mobilização organizada das nações em todo o mundo. Seus efeitos negativos tornam instáveis as estruturas sociais, ameaçam valores políticos, econômicos, humanos e culturais dos estados e sociedades, e infligem considerável prejuízo aos países, contribuindo para o crescimento dos gastos com tratamento médico e com a internação hospitalar, além do aumento dos índices de acidentes de trabalho, de acidentes de trânsito, de violência urbana e de mortes prematuras e, ainda, para a queda da produtividade dos trabalhadores. Afeta homens

e mulheres, de todos os grupos raciais e étnicos, pobres e ricos, jovens, adultos e idosos, pessoas com ou sem instrução, profissionais especializados ou sem qualificação (SOUSA; OLIVEIRA, 2010).

No Brasil, na área da saúde pública, entre as propostas de tratamento destinado a pessoas que fazem uso de drogas, encontra-se a internação em Hospital Geral para a desintoxicação. É uma proposta assistencial, articulada a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, que se apresenta como uma alternativa aos hospitais psiquiátricos tradicionais, que buscavam internações prolongadas (DELGADO, 1997).

Para Machado e Colvero (2003), a internação hospitalar é uma ação requerida por profissionais especializados, quando se instala determinada condição do processo saúde-doença que requer tratamento especializado, intensivo e invasivo, entre outros. Para o autor, quando a pessoa apresenta um problema, e, estando sua doença em fase agudo-produtiva, na maioria das vezes, necessita de um lugar especial com assistência específica, nada impedindo que esse lugar seja uma unidade dentro de um Hospital Geral.

2. Metododologia

A pesquisa foi realizada no Hospital de Tunápolis (SC), que possui características de um Hospital Geral. A escolha ocorreu por ser este um hospital que atende as demandas de municípios regionais do extremo oeste de Santa Catarina por meio do SUS.

O estudo se caracterizou por trabalho de campo, com uma abordagem qualitativa do tipo descritiva e exploratória.

Foi realizada uma pesquisa documental. Segundo Luna (1997), podem ser consideradas fontes para a realização de pesquisas documentais os prontuários médicos, as legislações e os censos, entre outras. Assim, fez-se a coleta de dados em prontuários de usuários de álcool e outras drogas internados no Hospital Geral de Tunápolis (SC), que oportunizaram a observação de variáveis socioeconômicas e demográficas, tais como: idade, sexo, estado civil, procedência, escolaridade, profissão e/ou ocupação, renda e composição familiar. Variáveis acerca das drogas usadas: tipos de drogas, data da admissão para internação, tempo de uso da droga, droga usada com mais frequência, quem ofereceu a droga pela primeira vez e motivo pelo qual começou a usar, internações anteriores. Informações clínicas/biológicas, tais como: aspectos gerais das condições de saúde, exames realizados e medicação utilizada.

Estabeleceu-se, como critério para a análise dos prontuários, os daqueles pacientes que já haviam sido internados na ala psiquiátrica da instituição e/ou em outra ala psiquiátrica de Hospital Geral, fossem maiores de idade, tivessem origem em um dos municípios da região extremo oeste catarinense, fizessem uso abusivo de drogas e que estivessem com, no mínimo, 15 dias de abstinência na ocasião da pesquisa, que foi realizada no mês de setembro de 2011. Do universo de 12 pacientes internados na instituição hospitalar naquele mês, 6 contemplaram os critérios pré-estabelecidos e foram considerados sujeitos da pesquisa.

Para a análise dos dados, utilizou-se a descrição, análise e interpretação dos dados. Na descrição, foram levadas em consideração as características dos usuários internados no hospital; na análise, o foco principal foi a apresentação dos dados levantados nos prontuários; e na interpretação, procurou-se apresentar um sentido mais amplo dos dados, por meio de sua ligação com outros conhecimentos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), e aprovado pelo Parecer 076/2011.

3. Resultados e discussão

Observou-se que os registros nos prontuários dos pacientes eram realizados pelos profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional da instituição. Cada profissional fazia as anotações de acordo com a sua respectiva competência técnica.

Nos resultados obtidos, identificou-se que os pacientes possuíam idades entre 28 e 67 anos e 100% eram do sexo masculino. Com relação ao estado civil, três eram solteiros, dois casados e um separado. Os municípios regionais de procedência dos pacientes eram

os seguintes: Guaraciaba, Iporã do Oeste, Palma Sola e São Miguel do Oeste, todos localizados na região do extremo oeste catarinense. Somente um paciente concluiu o ensino médio, os demais cursaram o ensino fundamental. Em relação às características ocupacionais (profissão), um estava desempregado, dois trabalhavam na agricultura, um era aposentado como agricultor, um trabalhava com serviços gerais e um com jardinagem e pintura. A renda média de todos não ultrapassava a um salário mínimo vigente no País. Constatou-se que 100% conviviam com familiares, sendo que quatro possuíam na composição familiar pai, mãe e irmãos; um vivia com a esposa; e um, com esposa, filho, nora e netos. Todos os pacientes encontravam-se internados há mais de 15 dias e com estimativa de alta para a semana seguinte, quando completariam uma média de 20 dias de internação. Constatou-se que 100% faziam uso de algum tipo de substância psicoativa havia mais de 14 anos (entre 14 e 18 anos), reafirmando o que diz Ribeiro e Dias (2011) em relação ao crescimento do uso de álcool e de outras drogas em todo o Brasil. Infelizmente, essa é uma constatação crescente na agenda da política da saúde nacional, e também evidenciada no âmbito da pesquisa.

Em relação aos tipos de drogas usadas encontravam-se registradas: tabaco, álcool, maconha, cocaína e crack. Dentre todas as drogas, o álcool é aquela utilizada por todos os pacientes em algum momento da vida. A maconha foi utilizada por quatro pacientes, que posteriormente passaram a fazer uso de outras substâncias. O tabaco, a cocaína e o crack eram drogas usadas com mais frequência pelos sujeitos 1, 2, 5 e 6. Os sujeitos 3, 4 e 6 eram agricultores e faziam uso de drogas lícitas, como o tabaco e o álcool. Cabe ressaltar que o fato de serem agricultores é importante, pois o álcool é uma droga lícita, culturalmente aceita pela sociedade. E, na área rural, o consumo abusivo do álcool é frequente, porém nem sempre compreendido como doença. Em pesquisa realizada por Cetolin e Trzcinski (2011) com 20 mulheres agricultoras, residentes no interior dos municípios regionais, identificou-se que todas enfrentaram e enfrentavam, na família, problemáticas advindas do alcoolismo. Em outro estudo realizado por Poletto *et al*, (2008), foi verificado que as proporções mais elevadas do risco de alcoolismo ocorrem no meio rural. Para os autores, os atendimentos médicos por problemas de saúde mental e alcoolismo são mais frequentes no meio rural do que no urbano. O fato de que os sujeitos 3 e 4 eram pessoas com 46 e 67 anos de idade, respectivamente, pode ter contribuído para que tenham iniciado e permanecido utilizando somente drogas lícitas consideradas aceitas culturalmente na sociedade. É possível também que a localização da residência no meio rural tenha dificultado o acesso a outros tipos de drogas, como maconha, cocaína, crack e outras, que geralmente são mais facilmente encontradas no meio urbano. Observou-se que 100% dos sujeitos tiveram acesso às drogas com amigos e/ou familiares, lembrando que todos são usuários há mais de 14 anos, sendo possível afirmar que muitos se encontravam no período da adolescência quando usaram a droga pela primeira vez. Reforce-se o entendimento de que o ambiente de transgressão gerado em torno do uso das drogas, ainda que lícitas, pode se tornar um apelo muito forte para os adolescentes recusarem a oferta de amigos.

Em concordância com Marques e Cruz (2000), também na pesquisa, a curiosidade é citada como motivo da primeira experimentação das drogas. Foi constatado que dois pacientes tiveram acesso inicial às drogas em suas famílias. Sobre este aspecto, Pillon e Luis (2004) se manifestam orientando que o modelo psicossocial do usuário de drogas se constitui pelo aprendizado social, pela interação da família e pelos traços da personalidade de cada indivíduo. É um modelo que se orienta pelo comportamento aprendido socialmente e se manifesta através da observação e da imitação, demonstrando que o exemplo da família – em especial, dos pais – é um importante fator no padrão inicial do consumo de substâncias psicoativas e no posterior desenvolvimento do uso abusivo das mesmas.

Todavia, historicamente, as implicações sociais, familiares, psicológicas, econômicas e políticas têm sido desconsideradas na compreensão da questão do uso abusivo e/ou na dependência de drogas; a abordagem desta questão tem sido predominantemente psiquiátrica ou médica. A oferta de 'tratamentos' inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio familiar e social tem predominado sem, entretanto,

alcançar resultados satisfatórios. É preciso considerar que os fatores de risco e de proteção para o uso de drogas não são estáticos, mas atravessam o próprio indivíduo, seu meio social, ambiente escolar e familiar. Além disso, o consumo ocorre no âmbito em que o indivíduo está inserido, frequentemente no convívio com seus pares.

Quanto às informações clínicas/biológicas de aspectos gerais das condições de saúde, observaram-se várias situações que se revelaram no corpo dos pacientes que se encontravam internados, e que estão relacionadas diretamente ao uso abusivo das drogas, como lesões do fígado, dos rins, dos músculos e intestinos. E os principais sintomas evidenciados estão registrados como: fadiga, desgaste físico e emocional, desânimo, tristeza, depressão intensa, inquietação, ansiedade, irritabilidade, sonhos vívidos e desagradáveis, e a intensa e resistente vontade de usar drogas.

Observaram-se registros de problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas com a presença de diagnóstico(s) psiquiátrico(s). Os quadros psiquiátricos mais destacados foram os transtornos de personalidade, quadros depressivos, quadros ansiosos, instabilidade do humor, ideias paranoides e quadros psicóticos com delírios e alucinações. Todos os pacientes se encontravam submetidos a tratamento medicamentoso, e as medicações mais utilizadas eram o Haldol (1 mg – 5 mg), Diazepan (10 mg – 5 mg) e Carbamazepina (200 mg – 400 mg). São medicamentos considerados antipsicótico, sedativo e hipnótico, e antiepiléptico, respectivamente, e levam à sedação dos pacientes. Segundo Salles e Barros (2007), a medicação trata e previne a fase aguda da doença, e é difícil promover a inserção social enquanto o paciente está em crise. Para a autora, o uso da medicação é incontestável, como parte do processo de tratamento. Na instituição hospitalar pesquisada, além da administração medicamentosa, o tratamento oferecido contempla o trabalho de uma equipe multidisciplinar formada por médico psiquiatra, psicólogos, enfermeira, técnicos e auxiliares de enfermagem, farmacêutico e terapeuta ocupacional.

Laranjeira *et al* (2000) lembra que no hospital o tratamento dos pacientes, geralmente por ser mais estruturado e intensivo, também é mais custoso. Está indicado para pacientes com síndrome de abstinência grave; em casos de comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves com remissão prolongada; em dependentes graves que não se beneficiaram de outras intervenções; para aqueles que usam múltiplas substâncias psicotrópicas; e também para aqueles que apresentam comportamento auto ou heteroagressivo.

Corroborando pontos levantados nesta pesquisa, existe a necessidade de se compreender melhor por que ocorrem às internações dos usuários de álcool e outras drogas que buscam tratamento em alas psiquiátricas de Hospitais Gerais. Entre as possíveis justificativas pode estar o fato de os usuários não possuírem a garantia do acesso à saúde pública em serviços substitutivos regionais e/ou municipais que ofereçam o tratamento necessário para que eles permaneçam em recuperação. Alia-se também a esta condição a falta de espaços nos municípios regionais, que possibilitem o estabelecimento de relações que possam inserir socialmente e transformar as experiências de vida dos usuários. Talvez, possa-se, então, reafirmar que as pessoas recorram insistentemente ao uso das drogas porque a organização social em que estão inseridas não dá conta de atender as suas necessidades.

Conclusão

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), consideram-se alguns fatores como importantes condicionantes para o uso abusivo de drogas. São eles: fatores individuais, familiares e interpessoais. Em relação aos fatores individuais, destacam-se a baixa autoestima, o autocontrole, pouca assertividade, comportamento antissocial precoce, comorbidades e a vulnerabilidade familiar e social. Dentre os principais fatores familiares são apontados: o uso de drogas pelos pais e/ou membros da família, isolamento social entre os membros da família e padrão familiar disfuncional. Dentre os fatores condicionantes voltados às relações interpessoais destacam-se: pares que usam, aprovam ou valorizam o uso de drogas, e rejeição sistemática de regras e de práticas ou atividades organizadas de qualquer ordem (familiar, escolar, religiosa ou profissional). Os fatores mencionados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) também

foram revelados no presente estudo, pois foi possível constatar que os pacientes tiveram acesso ao álcool e a outras drogas com amigos e familiares, ainda na adolescência.

No meio rural, as drogas lícitas – como o tabaco e o álcool – são mais acessíveis do que as outras drogas, apesar de pesquisas também apontarem o uso de outras drogas no meio rural. Por fim, os resultados da pesquisa realizada no Hospital Geral de Tunápolis, em Santa Catarina, possibilitam constatar uma realidade, acredita-se, não muito diferente de outras regiões do Estado e do País, na qual a internação acaba sendo vista como um tratamento final para o uso do álcool e de outras drogas. Contudo, após cumprir o prazo de isolamento, desintoxicação e abstinência, ocorre a volta do paciente ao convívio familiar e social. Entende-se que a internação em Hospital Geral é uma proposta de tratamento válida, mas que, para que o paciente permaneça em recuperação e não tenha que ser internado novamente, é necessário intensificar o trabalho multiprofissional e intersetorial atuando no fortalecimento do paciente no sentido de prepará-lo para o 'retorno' familiar e social. As reflexões deste estudo não se esgotam em si mesmas, se apresentam frágeis e merecedoras de acréscimos. Sua pretensão não foi a de esvaziar o debate, mas de sinalizar a existência de uma preocupação que parece emergir com significativa resistência: a droga. E agora, que internar é preciso! ■

Referências

CETOLIN, S. F.; TRZCINSKI, C. Contexto da família alcoolista em estudos com mulheres agricultoras usuárias do NPSJ. In: _____. *Relações de Gênero*: afirmações e desafios nas áreas social e da saúde. Rio de Janeiro: Livre Expressão, 2011.

BEZERRA, C. G; DIMENSTEIN, M. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. *Mental*, Barbacena, v. 9, n. 16, jun. 2011.Disponível em: <http://pepsic.bvsa lud.org/scielo.php?pid=S1679-44272011000100007&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

DELGADO, S. *O campo da atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: IFB-T e Corá, 1997.

EDWARDS, G; DARE, C. *Psicoterapia e tratamento das adições*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 2007.

GRYNBERG, H; KALINA, E. *Viver sem drogas*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1999.

LARANJEIRA, R. *et al*. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, n. 2, jun. 2000. Disponível em: <<<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n2/a06v22n2.pdf>. Acesso em: 29 out. 2011.

LUNA, S. V. Planejamento de pesquisa: uma introdução. São Paulo: EDUC, 1997.

MACHADO, A. L.; COLVERO, L. A. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, out. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692003000500016&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 set. 2011.

MARQUES, A. C. R; CRUZ, M. S. O adolescente e o uso de drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, n. 2, dez. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000300009&script=sci_abstract&tln g=pt. Acesso em: 31 out. 2011.

PAIVA, M. *Uma fatia de realidade*: CREMEPA, Belém, n. 38, p. 2, jan./fev. 2002.

PILLON, S. C; LUIS, M. A. V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, ago. 2004.

POLETTO, A. R. *et al*. Os aspectos psicológicos no trabalho agrícola: uma revisão das pesquisas. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 2008, Rio de Janeiro. Disponível

em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2008_TN_STO_ 069_490_11029.pdf. Acesso em: 18 out. 2011.

RIBEIRO, J. M.; DIAS, A. I. Políticas e inovação em atenção em Saúde mental: Limites ao descolamento do desempenho do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-8123201100130 0011&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 abr. 2012.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 73-81, 2007. Disponível em: <<<http://www.ee.usp.br/reeusp /upload/pdf/305.pdf>. Acesso em: 20 out. 2011.

SOUSA, F. S. P.; OLIVEIRA, E. N. Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, maio 2010. Disponível em: << <<http://www.scielo.br/scielo.php? pid=S1413-81232010000300009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 29 out. 2011.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS (Brasil). *Prevenção do uso indevido de drogas:* capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 3. ed. Brasília: Presidência da República, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Transtornos devido ao uso de substâncias. In: Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde (orgs). *Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental*: nova concepção, nova esperança. Brasília: Gráfica Brasil, 2001.

Recebido para publicação em junho/2013
Versão final em julho/2013
Conflito de interesse: não houve
Suporte financeiro: Fonte de Financiamento CNPq Edital 41/2010.

Fatores que interferem no êxito do tratamento de usuários de crack

Factors affecting the success of the treatment of users of crack

Adrielle Rodrigues dos Santos[1], Ana Luisa Antunes Gonçalves Guerra[2], Selene Cordeiro Vasconcelos[4], Iracema da Silva Frazão[5].

[1] Graduada em enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil. adriellers@hotmail.com

[2] Graduada em enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil. analuisa.guerra@hotmail.com

[3] Doutoranda em neuropsiquiatria pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil. selumares@yahoo.com.br

[4] Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.. Professora adjunto II de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) Departamento de Enfermagem-Centro de Ciências da Saúde (CCS). lsfrazão@gmail.com

RESUMO: Este estudo analisou os aspectos que, segundo os próprios dependentes de crack, interferem no êxito do seu tratamento. Recorte de um trabalho original, o estudo é descritivo, exploratório, observacional e com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada com os usuários de crack em tratamento no CAPSad de Camaragibe-PE com uma entrevista semi-estruturada. Para análise dos dados utilizou-se o Alceste que forneceu três classes, tendo a de número três 33% das UCE's sendo utilizada para compor este trabalho. Ela define a família e a religião como fatores interferentes no sucesso do tratamento dos usuários de crack e fundamentais na reinserção social.

PALAVRAS CHAVE: Cocaína e crack; Dependência; Centro de tratamento de abuso de substâncias.

ABSTRACT: *This study examined the concerns that crack addicts themselves, interfere with the success of your treatment. Cut from an original work, the study is descriptive, exploratory, observational and qualitative approach. Data collection was performed with crack users in treatment in CAPSad Camaragibe-PE with a semi-structured interview. Data analysis used the Alceste that provided three classes, with the number three 33% of UCE's being used to compose this work. It defines the family and religion as interfering factors in successful treatment of crack users in fundamental and social reintegration.*

KEYWORDS: *Cocaine and crack; Dependence; Treatment center for substance abuse.*

Introdução

O crack é uma droga psicotrópica derivada da cocaína, apresenta-se na forma de pedras e produz efeitos rápidos e intensos. Ele torna-se mais nocivo que a cocaína pelo fato de poderem ser usadas na sua composição final substâncias tóxicas como gasolina, querosene e água de bateria (BRASIL, 2009). O crack possui esse nome devido ao som produzido quando as pedras são aquecidas (ROCHA, 2010).

Sabe-se que o crack não é a droga ilícita mais consumida no Brasil, mas que já se constitui um problema de saúde pública. Além disso, o Brasil é considerado o maior mercado da América do Sul de crack (UNODCCP, 2001; DUARTE; STEMPLIUK; BARROSO, 2010).

Diante dos efeitos deletérios à saúde e à vida do usuário associados ao consumo do crack, a procura pelo tratamento tem sido crescente. Alguns dos motivos para isso são o desejo de cessar o consumo, as agressões e as ameaças consequentes dos endividamentos e outros contextos de forma que o crack está fortemente relacionado ao crime e outras situações de violência na sociedade (BECK JÚNIOR, 2010).

Boa porcentagem dos usuários consegue recuperar-se, mas, da mesma forma que as demais doenças crônicas, a dependência de crack requer um longo acompanhamento. O tratamento deve ser realizado por uma equipe treinada, multiprofissional e interdisciplinar devido aos múltiplos fatores afetados na vida do usuário: sociais, familiares, físicos, mentais e legais (PULCHERIO *et al*, 2010). Também deve ser respeitada a singularidade dos indivíduos para o planejamento dos seus respectivos tratamentos (ALMEIDA; CALDAS, 2011).

Este estudo teve como objetivo analisar os fatores que, segundo o usuário de crack, interferem no êxito do seu tratamento. O conhecimento desse tema demonstra a preocupação dos profissionais de saúde em entender o que é capaz de afetar o tratamento desse usuário e também pode proporcionar a reflexão para o âmbito das dependências químicas. Tudo isso pode consequentemente melhorar a qualidade da assistência prestada a um usuário de crack.

Caminhos metodológicos

O presente estudo trata-se de um recorte do trabalho original intitulado: Repercussões do consumo de crack no cotidiano dos usuários, que fez parte do projeto Conhecer para cuidar: Caracterização do perfil epidemiológico e psicossocial de usuários de crack do município de Camaragibe, Pernambuco e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

O estudo é do tipo descritivo, exploratório, observacional e com abordagem qualitativa. Esta abordagem é útil para melhor compreender a história de vida e os caminhos percorridos pelos usuários até a droga: antecedentes familiares, estrutura familiar de suporte e repercussões à qualidade de vida pessoal e familiar pelo uso do crack, através da busca dos núcleos de sentido nas suas falas.

O Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad) Campo Verde foi o local do estudo e está situado no município de Camaragibe, que faz parte da região metropolitana do Recife, capital do estado de Pernambuco.

Participaram desse estudo os cinco usuários que estavam em tratamento para a dependência de crack no CAPSad Campo Verde no período de coleta de dados e que se enquadraram nos critérios de inclusão, ou seja, maiores de 18 anos de idade, com mais de um mês de tratamento. Foram excluídos da seleção aqueles que segundo a equipe do serviço não apresentavam condições clínicas ou psíquicas para participar do estudo.

A coleta de dados ocorreu no primeiro semestre de 2012, por meio de entrevistas semiestruturadas, previamente agendadas, realizadas nas instalações do serviço de saúde, em local reservado e adequado, sendo gravadas em áudio.

As pesquisadoras convidaram o voluntário e explicaram sobre o estudo. Porém sua participação foi condicionada a aceitação dos termos da pesquisa e assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido). O instrumento continha indagações sobre a vida do usuário antes, durante e depois do contato com a droga, e a partir das respostas emergiu a temática dos fatores que interferem no sucesso do tratamento.

O presente estudo foi realizado de acordo com a Resolução 196/96 e a coleta de dados só teve início após a provação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Ciências da Saúde da UFPE (CAAE: 0196.0.172.000-11). Para que houvesse a preservação de identidade, os nomes reais dos entrevistados foram preservados e substituídos por pseudônimos. Estes foram escolhidos a partir do relacionamento da ordem de entrevista com a ordem alfabética da inicial do nome, ou seja, a entrevista de número 1 fora nomeada Amanda, a entrevista número 2 como Bruno e assim por diante.

Para a análise dos dados, as entrevistas foram gravadas e transcritas manualmente pelas pesquisadoras, preservando as expressões de linguagem utilizadas pelos sujeitos. A análise de conteúdo consiste em fragmentar o discurso para poder identificar unidades significativas a fim de categorizar fenômenos, ou seja, reconstruir significados que expressem uma compreensão da realidade do grupo estudado (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2005).

O material discursivo, proveniente das entrevistas, foi submetido ao ALCESTE (*Analyse Lexicale par Contexte d'um Ensemble de Segments de Texte*) versão 2010, um software que permite realizar análise de conteúdo por meio de técnicas qualiquantitativas de tratamento de dados textuais e se propõe a identificar a informação essencial presente em um texto (MELO; ALCHIERI; ARAÚJO NETO, 2012).

A análise com auxílio deste software tem sido comumente utilizada em trabalhos em que o conteúdo a ser analisado é volumoso. Sua utilização permite uma economia de tempo durante a tabulação e cálculo dos dados, possibilitando uma análise mais profunda dos dados já organizados pelo computador (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006). Cada entrevista do trabalho durou em média 40 minutos, e, quando transcrita, aproximadamente 15 páginas cada.

Cada entrevista é considerada pelo programa de computador como uma Unidade de Contexto Inicial (UCI) que quando juntas formam um único arquivo em formato de texto (extensão txt) para constituir o corpus (documento a ser analisado). O Corpus é formatado e dividido em pequenos trechos de aproximadamente três linhas cada, que correspondem ao material discursivo referente à formação das classes e que são denominados Unidade de Contexto Elementares (UCE) (GOMES; OLIVEIRA, 2005).

Os perfis das classes são definidos pelo Khi^2 (chi quadrado), ou seja, de acordo com a maior associação estatística entre as palavras. A primeira classe é constituída pelo conjunto total de Unidades Contextuais na matriz de indicadores inicial. Em seguida, ela é dividida e o procedimento continua até as classes necessárias, desde que, não ultrapassem o quantitativo de nove (KRONBERGER; WAGNER, 2002). Por fim, identifica-se os trechos de frases mais recorrentes em cada classe (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006). As classes deste estudo foram nomeadas pelas pesquisadoras de acordo com a interpretação dos dados oferecidos pelo software.

Resultados e discussão

Das três classes fornecidas pelo programa, a classe de número três possuiu 33% das UCE's classificadas para a análise. De acordo com o número de UCE's estruturantes a palavra "minha" obteve maior valor estatístico (Khi^2 = 66) e aparece integrada às palavras: "mãe", "família" e "pai". Quanto às variáveis analisadas, houve predominância para o sexo feminino e de uma a duas vezes para início do tratamento. Após a análise profunda com base nos contextos das falas em conjunto com os dados fornecidos pelo programa, identificou-se que esta classe refere-se principalmente aos relacionamentos familiares e sociais anteriores e posteriores à dependência. Com ênfase também na religião como suporte no enfrentamento da dependência. Além disso, estes fatores também foram reconhecidos como importantes para o tratamento de dependentes de crack.

SUPORTE FAMILIAR

Dentro do contexto familiar, a figura feminina se destaca em várias falas, sendo a mãe, a mais referenciada. Os diferentes trechos abaixo demonstram a importância que essas mulheres representam na vida do usuário:

"Quando você é um usuário de crack você não considera ninguém não. Nem sua mãe mesmo." (Bruno).

"Sempre dando conselho a mim eu que não ia por ela (mãe) (...) A primeira vez que eu cai [foi presa] a primeira que foi me visitar foi ela e minha irmã que também tinha ficado contra mim. (...) Minha família. Minha mãe sofreu muito. Não digo meu pai que meu pai é um pouco pacato, mas minha mãe sofreu muito." (Amanda).

Quanto ao relacionamento familiar, pesquisa realizada com 1041 estudantes adolescentes do estado de São Paulo aponta que embora haja bom relacionamento com ambos os pais, o relacionamento com a mãe destaca-se. Nesse mesmo estudo, pouco mais da metade dos entrevistados referem os pais como escolhidos para falar sobre drogas e apontam ter aprendido com eles o assunto (PAVANI; SILVA; MORAES, 2009). Dessa forma, a família representa forte influência para a entrada do indivíduo na dependência química. Sanchez, Oliveira e Nappo, (2005) observaram em um estudo com adolescentes que os não usuários de drogas relatam que a estrutura familiar, o respeito pelos pais bem como os conselhos dados por eles, funcionam como fatores protetores para evitar o uso de drogas, sendo os principais fatores que os levaram à optar por não utilizar tais substâncias. Em contrapartida, os dependentes relatam que a falta de amor, união e apoio pelos pais são fatores predisponentes para o uso. Também observaram que o pai do usuário não demonstra preocupação quando o filho consome drogas lícitas, ao contrário da mãe, que, em ambos os grupos (usuários ou não), não aprovam tal ato e o repreendem.

Para o tratamento da dependência química a família é ferramenta fundamental na manutenção da motivação do usuário, e, para isso o diálogo, a união e o carinho entre eles devem ser estimulados (PETTERS,2012).

O desprezo da família é percebido pelos usuários como um prejuízo. Ser discriminado, abandonado e desprezado pela família são relacionados à tristeza, o que denota a importância que esta tem para eles:

"Discriminado pela família e pelos outros. A minha família me desprezou. (...) Só tristeza na minha vida de viver abandonado." (Daniel).

"Senti minha família me deixando de lado." (Bruno).

As brigas e o distanciamento entre os familiares dos usuários além de apontados no nosso trabalho também aparecem na literatura, como no estudo que traz as brigas como consequência da agressividade e do distanciamento por parte dos usuários, pois eles sentem-se menos dignos devido ao uso de crack (MEDEIROS, 2010). Outro estudo afirma que a perda do vínculo familiar além de causar sofrimento intenso, é capaz de impulsionar os usuários para a procura pelo tratamento (ALMEIDA; CALDAS, 2008).

O tratamento do usuário de crack deve fazer um elo entre as intervenções que visem diretamente reduzir os danos decorrentes do uso e abuso da droga como a farmacoterapia e a psicoterapia, as ações mais gerais para a redução dos prejuízos secundários (estratégias de prevenção de recaída), políticas educacionais e assistenciais que contemplem não só a ele, mas, também à sua família (RODRIGUES *et al*, 2012).

Com a substituição da internação psiquiátrica pelo modelo proposto pelo CAPS, os familiares puderam ter a chance para inserirem-se como seres atuantes do tratamento. Contudo, o serviço de saúde também deve tentar compreender a realidade e as dificuldades desses familiares que convivem com o paciente e descobrir estratégias para ajudá-los (RIBEIRO; SILVA; OLIVEIRA, 2009).

RELIGIÃO COMO FATOR DE PROTEÇÃO

Nos trechos de fala abaixo, é possível perceber que a religião exerce nos usuários uma importância reflexiva sobre os seus atos, ela se mostra como um refúgio frente ao problema, uma proteção.

"Não frequentava [a igreja] não, porque eu dizia a minha mãe: "ah! isso é uma coisa banal, isso é." Ah! mas minha mãe sempre foi pureza. (...) Depois eu pensando assim mesmo, deitado na minha cama. Poxa! Fiz tudinho será que eu vou pro céu? Vou nada. Vou não. Vou pra o céu não." (Amanda).

"Sempre aparece um inimigo: "Só tem a tua oia." Vou não. Vou pra casa do meu Pai [igreja]. É isso que Ele quer." (Amanda).
"A minha filha é pastora evangélica e meu genro é pastor. Quando eu cheguei na casa dele ele disse: "Olhe, aqui é regime fechado. Chegou aqui tem que ir pra igreja." Ai eu disse: "Eu vim pra aqui pra ir pra igreja mesmo." (Daniel).

Quanto à religião, essa é capaz de prevenir o abuso de substâncias químicas (SIQUEIRA; MORESCHI; BACKES, 2012). Ao ser praticada, ou seja, quando o indivíduo mantém frequência em uma igreja, obedece os conceitos propostos e há preocupação da educação religiosa na infância, a religião é caracterizada como fator de proteção do consumo de drogas (SANCHEZ; NAPPO, 2007).

Estudo mostra que a religiosidade promove abstinência do consumo de drogas e também oferece recursos sociais de reestruturação porque possibilita uma nova rede de amizades, ocupa o tempo livre, valoriza as potencialidades individuais além de oferecer apoio incondicional e sem julgamentos dos líderes religiosos (SANCHEZ; NAPPO, 2008).

Outro estudo aponta que a eficácia, em especial da igreja evangélica, é garantida por causa das relações tidas com o pastor durante os cultos, pois, segundo os entrevistados, esse líder religioso está ali para ajudar sem fazer julgamentos, e, que nos cultos os usuários sentem-se compreendidos e como pessoas que precisam de ajuda (MELOTTO, 2009).

Conclusões

O crack, mesmo não sendo a substância ilícita mais consumida no Brasil, tem ganho destaque pelas suas repercussões sociais, familiares e aos próprios usuários. Dessa forma, a dependência de crack se revela um problema de saúde pública sendo o tratamento realizado na sua maioria por instituições públicas, os CAPSad . Nos dias de hoje, é sabida a importância que o contexto social possui no tratamento do usuário de substâncias químicas. Este estudo percebe que o dependente de crack também é capaz de perceber essa importância. Percebeu-se nos trechos de falas que a família e a religião são tidas como alicerces para o sucesso do tratamento. A influência desses fatores é tão grande que a sua falta significaram, para os sujeitos dessa pesquisa, fatores de risco para o uso de droga. No entanto, quando presentes representam fatores de proteção e um apoio necessário. Sugere-se que tais aspectos não deixem de ser abordados durante o tratamento, desde que, seja respeitada a singularidade de cada dependente. ■

Referências

ALMEIDA, R.B; CALDAS, M.T. As dificuldades e sucessos do tratamento do usuário de crack. *Neurobiologia,* Pernambuco, v.74, n.2, p. 99-112, 2011. Disponível em: <http://www.neurobiologia.org/ex_2011.2/9_Unicap_As%20dificuldades%20e%20sucessos%20no%20tratamento%20do%20usu%E1rio%20de%20crack(OK).pdf> Acesso em: 28 abr. 2013.

ALMEIDA, R. B.; CALDAS, M. T. As Dificuldades e Sucessos no Tratamento do Usuário de Crack. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 57, n. 3, p.196-202, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n3/07.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2012.

BECK JÚNIOR, A. Dependência do crack: Repercussões para o usuário e sua família. 2010. 35 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Droga. *O crack*: como lidar com este grave problema. 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33717&janela=> Acesso em: 03 fev. 2013.

DUARTE, P. C. A. V.; STEMPLIUK, V.A.; BARROSO, L. P.(Org.). Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília: Secretaria Nacional De Políticas Sobre Drogas, 2010. 364 p. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/senad/main.asp?Team=%7B7D6555C3%2D69A4%2D4B66%2D9E63%2DD259EB2BC1B4%7D>. Acesso em: 03 fev. 2013.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. A Auto E Heteroimagem Profissional Do Enfermeiro Em Saúde Pública: Um Estudo De Representações Sociais. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 13, n. 6, p.1011-1018, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a14.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2013.

KRONBERGER, N.; WAGNER, W.. Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som, p. 416-441, 2002 In: M.W. BAUER; GASKELL, G. (Orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*: um manual prático (Tradução de Pedrinho A. Guareschi). Petrópolis: Vozes, 2002.

MEDEIROS, G. F. Crack, a droga que alimenta o vício e destrói a alma: Estudo dos fatores familiares associados à dependência em usuários adultos jovens. 2010. 91 f. Trabalho de Conclusão de Cuso (Graduação). Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2010. Disponível em: <http://portal2.unisul.br/content/navitacontent_/userFiles/File/cursos/cursos_graduacao/Psicologia-tb/tcc2010-b/Grasiela_Flor_ncio_Medeiros.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2012.

MELO, C. F.; ALCHIERI, J. C.; ARAÚJO NETO, J. L. Sistema Único de Saúde: uma avaliação realizada em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Psico-USF*, São Paulo, v. 17, n. 1, p.63-72, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v17n1/a08v17n1.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2012.

MELOTTO, P. Trajetórias e usos de crack: estudo antropológico sobre trajetórias de usuários de crack no contexto de bairros populares de São Leopoldo - RS. 2009. 94 f. Dissetação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/17235/000712598.pdf?sequence=1> Acesso em: 28 abr. 2013.

NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, n. 2, p.72-88, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v6n2/v6n2a07.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2012.

PAVANI, R. A. B.; SILVA, E. F.; MORAES, M. S.. Avaliação da informação sobre drogas e sua relação com o consumo de substâncias entre escolares. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 12, n. 2, p.204-216, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n2/10.pdf>. Acesso em: 28 ago. 12.

PETTERS, S.C.K. O CAPS-ad II na visão de usuários de crack e suas famílias. 2012. 40f. Trabalho de conclusão de curso (especialização em saúde mental coletiva)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2012. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/70213/000875746.pdf?sequence=1> Acesso em: 28 abr. 2013.

PULCHERIO, G. *et al*. Crack–da pedra ao tratamento. *Revista da AMRIGS*, v. 54, n. 3,, 2010, p. 337-343. Disponível em: <http://mail.amrigs.com.br/revista/54-03/018-610_crack_NOVO.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2013.

RIBEIRO, C.C.; SILVA, N. G.; OLIVEIRA, A. G. B. O projeto terapêutico nos CAPS de Mato Grosso: uma análise documental. *Ciência, Cuidado e Saúde,* v. 8, n. 3, p. 393-402, 2009. Disponível em: <http://eduemojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6060/5007> Acesso em: 28 abr. 2013.

ROCHA, C. *Crack, a pedra da morte*: desafios da adicção e violência instantâneas. Brasília: Câmara dos 3 poderes; 2010. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/4784/crack_pedra_rocha.pdf> Acesso em: 03. fev. 2013.

RODRIGUES, D.S. *et al*. Conhecimentos produzidos acerca do crack: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 5, p. 1247-1258, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n5/a18v17n5.pdf> Acesso em: 28 abr. 2013.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, p.599-605, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25532.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2012.

SANCHEZ, Z. V.D. M.; NAPPO, S. A.. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica***,** v. 34, n. supl. 1, p.73-81, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a10v34s1.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2012.

_____. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. *Rev Saúde Pública*, v. 42, n. 2, p.265-272, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n2/6163.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2012.

SILVA, C.R.; GOBBI, B.C. SIMÃO, A.A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. *Organ. Rurais agroind.*Lavras, v.7, n.1, 2005, p.70-81. Disponível em: <http://200.131.250.22/revistadae/index.php/ora/article/view/210/207 Acesso em: 28 abr. 2013.

SIQUEIRA, D.F.; MORESCHI, C.; BACKES, D. S. REPERCUSSÕES Do Uso De Crack No Cotidiano Familiar. *Cogitare Enferm*, v. 17, n. 2, p.248-254, 2012. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/23518/18465>. Acesso em: 28 ago. 2012.

UNITED NATIONS OFFICE FOR DRUG CONTROL AND CRIME PREVENTION (UNODCCP). *Global illicit drug trends 2001*. Vienna: UNODCCP, 2001. Disponível em: <http://www.unodc.org/pdf/report_2001-06-26_1/report_2001-06-26_1.pdf> Acesso em: 03 fev. 2013.

Recebido para publicação em abril/2013.
Versão definitiva em junho/2013.
Suporte financeiro: financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).
Conflito de interesse: inexistente.

Recaídas na drogadição: uma via para (re)pensar a atenção à saúde

Relapses in drug addiction: a way to (re)think health attention

Edna Linhares Garcia[1], Dulce Grasel Zacharias[2], Bruna Rocha de Araújo[3]

[1] Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Promoção de Saúde e do Departamento de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) – Santa Cruz do Sul (RS), Brasil.
edna@unisc.br

[2] Mestre em Desenvolvimento Regional pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) – Santa Cruz do Sul (RS), Brasil. Professora do Departamento de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).
dulce@unisc.br

[3] Graduanda em Psicologia pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) – Santa Cruz do Sul (RS), Brasil.
brunara.tk@gmail.com

RESUMO: Problematiza-se o fenômeno da 'recaída' por meio da análise de entrevistas com 100 usuários de crack e 100 familiares, da pesquisa 'A realidade do crack em Santa Cruz do Sul'. Na análise de sentidos dos discursos, as 'recaídas' ganharam múltiplas significações, contrastando com a ideia que as reduzem a mera reprodução do vivido, ligando-se ao círculo internação-desintoxicação-intoxicação-internação. Apoiados na Psicanálise, propõe-se entender a 'recaída' como experiência de repetição com significados simbólicos, sinalizadora de conflitos psíquicos que urgem atenção suportada na Política de Humanização. Destituir as vivências de significação precariza a oferta de cuidados, obstaculizando ampliação da clínica.

PALAVRAS CHAVE: Crack; Recaída; Compulsão a repetição; Psicanálise; Políticas Públicas.

ABSTRACT: *This article reflects on the relapse phenomenon through the analysis of interviews with 100 crack users and 100 family members, carried out as part of the research project 'The reality of crack in Santa Cruz do Sul'. In the analysis of discourse meanings, relapses have had multiple meanings, contrasting with the idea of mere reproduction of what was lived, being part of the cycle internment-detoxication-intoxication-internment. Based on Psychoanalysis, we propose to understand relapses as an experience of repetition with symbolical meanings, which signal psychological conflicts that claim for attention supported by Humanization Policy. The interpretation of subjects' experiences without meanings may worsen the conditions of care offer, being obstacles to the necessary expansion of clinics.*

KEYWORDS: *Crack; Relapse; Compulsive Repetition; Psychoanalysis; Public policies.*

Introdução

> *Já fiz vários tratamentos[...] Em chácaras, hospital, o último agora foi no hospital em (cidade) [...]tenho muitas internações, eu acredito que umas 30. Eu cheguei a ficar (abstinente) uns 3 meses, cheguei a ficar uns 6 meses (Bernardo[1], 27 anos).*

O fenômeno que se popularizou como 'recaída', no âmbito da drogadição, constitui um dado que intriga e desacomoda profissionais, cuidadores e familiares que se encontram envolvidos, de algum modo, com a problemática trazida pelos usuários que mantêm relação de dependência com a droga. A realidade vivida nessa dimensão impõe grande desafio ao modelo de atenção dirigido ao atendimento dessa população, pois a demanda que se faz presente por parte de parentes e de muitos cuidadores é o de estancar esse comportamento, denominado de 'recaída', compreendido como destituído de significação, pela via da internação.

A reflexão sobre a estreita relação 'recaída' e internação, experiência frequente na história de sujeitos que mantêm dependência com as drogas, reclama sua urgência tendo em vista o contexto atual no qual vem acontecendo um retrocesso no que se refere às estratégias de atenção à saúde de usuários de drogas que, contrário aos avanços da Reforma Psiquiátrica, tem aumentado o número de internações dessa população. Nessa perspectiva, até mesmo um Projeto de Lei (PL7663/2010) vem sendo discutido com o intuito de incentivar a internação compulsória de modo prevalente no cuidado para essa população.

Desde 2010, a Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC realiza a pesquisa 'A realidade do *crack* em Santa Cruz do Sul', na qual foram entrevistados 100 dependentes de *crack* e 100 familiares. A análise dos dados aponta para a seguinte realidade sobre 'recaídas' após período de internação (hospitais especializados, leitos para dependentes químicos em hospital geral e comunidades terapêuticas): 31% dos dependentes recaíram antes de completar um mês após o período de internação; 19% recaíram entre 2 e 4 meses; 7%, entre 5 e 8 meses; 3%, entre 9 e 12 meses; 1%, após um ano; 20% não responderam; 13% estavam na primeira internação e 6% nunca fizeram tratamento.

Essa realidade desenha um contexto que impõe a problematização da internação, tendo em vista o estabelecimento de um círculo vicioso e fechado, composto de intoxicação-internação-desintoxicação-intoxicação--internação. Embora tenhamos constatado que, para muitos sujeitos, a internação aparece, em um primeiro momento, como a única saída para o problema, em que pese as inúmeras re-internações vivenciadas, um número expressivo de usuários demonstram, desde cedo, a consciência de que não podemos tomar a internação como sinônimo de tratamento. Internação passa a ser entendida como parte de um processo/sistema mais complexo, que deve aprofundar a análise dos conflitos dos sujeitos em sua integralidade:

César, aos 43 anos, traz a seguinte fala: *"Já fiz vários* (tratamentos), *se bem que tratamento no hospital é desintoxicação, eu já frequentei 2 anos lá, e CAPS eu me trato desde 2003, né [...]".*

Carlos, 29 anos, relata a sua percepção a respeito da própria trajetória em serviços de saúde: *"Desde 2008, já tenho cinco internações [...] Em clínicas de desintoxicação[...] tratamento mesmo eu vou começar agora (no CAPS AD)".*

Pedro, 29 anos, teve quatro internações e diversas experiencias de 'recaída': *"Já saía do tratamento com atitudes de recaída. Voltava a usar logo".*

A partir dos discursos dos usuários de *crack* acerca das sucessivas internações, torna-se procedente a questão: as 'recaídas' devem ser realmente atribuídas ao sujeito, ou, de fato, o que apresenta 'recaída' é o próprio sistema de saúde, por meio de um modelo de tratamento à drogadição que se reproduz indefinidamente?

No que diz respeito às 'recaídas', emerge dos discursos dos sujeitos da pesquisa uma multiplicidade de sentidos, não se reduzindo a uma re-vivência de algo. Essa noção ou forma de compreensão trazida pelos usuários contrasta com discursos de familiares e cuidadores,

[1] Os nomes utilizados neste trabalho são fictícios, de forma a manter o anonimato dos sujeitos envolvidos.

que tendem a compreender as 'recaídas' como mera reprodução do já vivenciado pelo sujeito.

Nessa perspectiva, apontamos a necessidade da problematização do próprio termo 'recaída', pois decorre daí, certamente, um conflito de interesses que vai delinear formas distintas de entender a atenção e o cuidado para essa população.

No Brasil, o crescente aumento do uso abusivo de drogas tem sido utilizado como justificativa às intervenções que buscam estancar essa prática antes mesmo de compreender os sentidos, assim como as relações de poder e de verdades que a sustentam. Romanini e Roso (2012) contribuem para essa discussão ao problematizar as ideias hegemonicamente vigentes na sociedade brasileira que se pautam em um discurso antidrogas, organizando ações no âmbito da repressão e que tem como modelo de tratamento aqueles centrados em aspectos biológicos e curativos.

Nesse sentido, Santos (2010) se refere à grande necessidade de maiores debates na área, na perspectiva de discutir e problematizar a lógica dominante, a qual preserva a ideia reducionista do usuário como um indivíduo isolado de outros contextos, para o qual o tratamento deve estar baseado na internação e manutenção da abstinência.

Com efeito, consideramos que há um contexto incentivador de práticas de caráter rígido e reducionista, fechadas em si mesmas, configurando um ciclo de reprodução de uma 'mesmicidade', que finda por se tornarem pouco resolutivas.

Na direção de uma compreensão diferenciada desse fenômeno complexo, torna-se fundamental o estranhamento frente a discursos que veiculam apenas sentidos de fracasso em relação à 'recaída' e/ou a entendem como comportamento que demonstra ingratidão e/ou falta de caráter do sujeito em relação ao outro, seja este seu familiar, cuidador etc., pois, em decorrência desse viés de compreensão, concretiza-se como única saída/solução a re-internação, novamente, reativando um círculo vicioso.

Essa parece ser uma faceta presente na história de Emanuel, 23 anos, que relatou na entrevista, suas 11 internações em clínicas, hospitais, fazendas, comunidades terapêuticas, e ainda ressaltou, quando questionado se havia passado pela experiência da 'recaída': *"Sim, já saía usando no outro dia, eu fugia das fazendas logo, aquela (nome) não presta".*

As reflexões que apresentamos no presente artigo visam, sobretudo, à problematização das atuais formas de compreender e intervir sobre a questão do uso de *crack*, com apoio daquilo que se preconiza na política de atenção integral à saúde de usuários de álcool, *crack* e outras drogas. Para esse fim, serão apresentados alguns recortes dos sentidos produzidos ao longo dos encontros com os sujeitos, por ocasião da realização da pesquisa 'A realidade do *Crack* em Santa Cruz do Sul', de modo a ilustrar e subsidiar a reflexão aqui pretendida.

Metodologia

A pesquisa *'A realidade do Crack em Santa Cruz do Sul',* nos anos de 2010 e 2011, realizou um levantamento de dados que permitiu o reconhecimento de aspectos psicossociais de usuários de *crack* e familiares do município, de modo a compor uma espécie de diagnóstico, que pudesse auxiliar na definição de estratégias de enfrentamento das problemáticas advindas do uso de *crack* em Santa Cruz do Sul. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), sob o nº 2527/10.

A investigação se deu através de roteiro semiestruturado, o qual foi realizado com 100 usuários de *crack* e 100 familiares de usuários, havendo a preocupação para que se proporcionasse aos sujeitos pesquisados um espaço de diálogo e reflexão sobre o tema. Todas essas pessoas entrevistadas foram contatadas por intermédio de instituições parceiras, compostas por serviços de saúde (Estratégias de Saúde da Família, CAPSia, CAPS AD, Comunidades Terapêuticas, Hospitais de referência) e associações comunitárias. Todos os sujeitos pesquisados foram informados das propostas da pesquisa e do sigilo dos dados, assim como devidamente esclarecidos sobre a voluntariedade da participação, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise dos dados de caráter quantitativo foi realizada por agrupamento estatístico, com auxílio do software *SPSS Statistics 19*. Posteriormente, seguiu-se a análise qualitativa, que iniciou com leitura flutuante das

entrevistas dos sujeitos, conforme sugere Bardin (1977, p. 96), e discussão em grupos (de pesquisadores) acerca dos principais pontos e hipóteses. Em seguida, realizamos a exploração do material, buscando dar visibilidade aos sentidos que se produzem em relação às questões suscitadas e significativas para a problemática pesquisada.

A partir desse contato com realidade dos usuários de *crack* e familiares, optamos pela proposta teórico-metodológica denominada de produção de sentidos no cotidiano por meio de práticas discursivas, alinhada à perspectiva de conhecimento afiliada ao construcionismo social. Segundo Spink (2000), essas práticas discursivas implicam ações, seleções, escolhas, linguagens, contextos, enfim, uma variedade de produções sociais das quais são expressão. O conceito de práticas discursivas remete a momentos de ressignificações, de rupturas de produção de sentidos, ou seja, corresponde aos momentos ativos do uso da linguagem, nos quais convivem tanto a ordem como a diversidade. Assim, pode-se definir 'práticas discursivas' como as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas.

Ao longo das análises do estudo, elaboramos algumas categorias e subcategorias decorrentes de marcos ou temas que mais se apresentavam, de modo a facilitar as análises. Para o presente trabalho, consideramos apenas a categoria 'a questão do tratamento' e a subcategoria 'recaída', por constatarmos que os sentidos revelam importantes questões acerca da relação entre 'recaída' e internação.

Vias de compreensão definem modos de intervenção

Ao escutar os discursos desses sujeitos, emerge a necessidade de problematizar a questão da 'recaída', pois revelam não apenas um modo de compreender a situação de dependência em que esses sujeitos se encontram em relação às drogas, mas também modos de cuidado prestados.

Certamente, constatamos hoje que o termo 'recaída' não tem sua aplicação apenas à questão da dependência química, mas alcança outros comportamentos que, do mesmo modo, encontram o sujeito impossibilitado de não repeti-los. Como exemplo, podemos citar os transtornos alimentares, compulsões por compras, pela *internet* e pela estética ideal, a automutilação, entre outros. Faz-se necessário assinalar que essa gama de comportamento reflete os modos de subjetivação produzidos com os ideais da nossa sociedade atual. (BIRMAN, 2006).

No âmbito da drogadição, a 'recaída' é comumente tomada como uma mera repetição do já vivido, tornando-se automaticamente destituída da possibilidade de qualquer produção de sentido pelo sujeito. A reflexão sobre os discursos que atravessam o fenômeno da 'recaída' deve levar em consideração, conforme sugere Sommer (2007), que essa rede discursiva compõe práticas organizadoras da realidade.

Veiga-Neto (2011) esclarece que os discursos não podem ser pensados como o 'resultado de palavras que representariam as coisas do mundo', mas, conforme explica Foucault (1987, *apud* VEIGA-NETO, 2011, p. 93) "os discursos formam sistematicamente os objetos de que falam".

Conforme coloca Furtado *et al.* (2011, p. 156), a visão dos sujeitos sobre o corpo e a saúde é produzida por meio de práticas discursivas e não-discursivas que fazem parte do dia-a-dia da sociedade. Essas práticas envolvem redes de poder e saber produzidas, por exemplo, pela mídia e pela ciência, que 'recortam' os corpos, 'como um ato que, ao mesmo tempo em que delimita, dá forma e produz exclusões'. Assim, os discursos mantêm essa forte ligação com o poder e se materializam na criação e reprodução de formas de ser e estar no mundo dos sujeitos. Nesse sentido, os discursos correntes na mídia e na ciência sobre o uso de *crack* delimitam tanto modos de compreender a problemática como as formas de tratá-la.

Ao longo da história da humanidade, existiram modificações no conceito de saúde imbricadas no contexto cultural, social, político e econômico de cada tempo histórico. Portanto, a compreensão do que é saúde e/ou doença estará conectada às redes discursivas e de significação da sociedade e, embora possa ser mais ou menos uniformizada em relação a algumas disposições sociais, terá diversos sentidos entre os sujeitos.

Mendonça e Rodrigues (2011), em estudo da obra foucaultiana, trazem reflexões a respeito das formas históricas que assumiram os tratamentos da loucura,

fazendo um paralelo com as atuais estratégias de enfrentamento do abuso de drogas. Durante o processo histórico reconhecido como 'A grande internação', a internação dos loucos assumiu um caráter moral, social, econômico e religioso. Esse tratamento moral surge quando a situação dos loucos no século XVII é de ociosidade, pobreza e mendicância, sendo a internação a resolução socialmente determinada, uma prática de caráter punitivo e moral, não curativo.

Mendonça e Rodrigues (2011, p.155) ainda dizem que, 'neste ponto da história da loucura e da humanidade, o louco é colocado fora dos olhares da população mais geral porque atrapalha a ordem civil. Ele incomoda'. Portanto, a ideia de tratamento moral se aproxima dos discursos de grande parte da sociedade brasileira em relação aos 'crackeiros'.

Nessa rede de poder-saber, exercida, sobretudo, pela ciência, como nos coloca Caponi (1997), citado por Batistella (2007, p. 26), aceitar um conceito implica "[...] o direcionamento de certas intervenções efetivas sobre o corpo e a vida dos sujeitos, implica a redefinição desse espaço de onde se exerce o controle administrativo da saúde dos indivíduos".

Torna-se fundamental o reconhecimento dos jogos de poder estabelecidos em relação ao usuário de *crack*, pois compreensões socialmente difundidas desse sujeito como um ser passivo e sem controle, que se articula à 'recaída', favorecem a compreensão errônea de que o *crack* se apossou do sujeito, e ele nada mais pode fazer a favor de si. Portanto, somente intervenções externas e de controle sobre o sujeito, que o retirem do espaço social, poderão ser resolutivas.

Aqui, o círculo vicioso está intimamente ligado à despontencialização do sujeito sobre o cuidado de si mesmo, sobre a gestão da vida. Os discursos que colocam o *crack* como 'senhor todo poderoso' que triunfa sobre o usuário sustentam práticas repressivas que cerceiam a liberdade desses indivíduos "sem controle sobre si mesmos" (ROMANINI; ROSO, 2012).

Retomando o pensamento de Foucault (1987 *apud* VEIGA-NETO, 2011) de que esses discursos produzem 'verdades', torna-se necessário refletir sobre como os profissionais de saúde participam dessa rede discursiva, produtos e produtores de formas de compreender o uso de drogas, conhecimentos difundidos socialmente, e de prestar atenção à dependência química.

As 'recaídas' têm alcançado o foco da atenção e do cuidado, desafiando os profissionais nas suas competências, que, embora previsíveis, não conseguem controlá-las. Desse modo, configura-se um quadro no qual familiares e profissionais tornam-se espectadores, convivendo num cotidiano tensionado pelas inumeráveis 'recaídas' de seus parentes/pacientes, ou seja, pelas reproduções do que acreditam já terem vivenciado.

A reflexão sobre esse contexto remete às políticas públicas de saúde no Brasil, nas quais se percebe um processo, ao longo dos últimos anos, de tensão entre o movimento da Reforma Psiquiátrica e as pressões para a manutenção do modelo hospitalocêntrico de atenção aos usuários de drogas, sobretudo com o aumento do uso de *crack*.

Segundo Mendonça e Rodrigues (2011), o modelo de atenção a essa população não pode ser segregatório e excludente, como vem sendo pautado nos últimos anos, por exemplo, no 'Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas' (2010), que prevê, no artigo 5º, § 1, inciso I, o aumento do número de leitos para o tratamento de usuários de *crack* e outras drogas. Esse plano significou um considerável aumento de leitos, cerca de 6120 unidades, entre os quais 5000 serão divididos entre hospitais gerais e Comunidades Terapêuticas.

Outro ponto que demonstra claramente esse tensionamento é o projeto de Lei nº 7663/2010, que, segundo o Conselho Federal de Psicologia (2011), traz compreensão equivocada a respeito das estratégias de atenção aos usuários de drogas e, no caso de sua aprovação, representaria um retorno às abordagens tradicionais e conservadoras, que se pautam no aumento de privação da liberdade e da possibilidade de condenação de usuários de drogas à prisão, como se fossem traficantes. Além disso, criaria 'uma indústria de internações compulsórias' que vão de encontro aos princípios e diretrizes da atenção pautada na redução de danos, significando um aumento de gastos e da violação dos direitos humanos dessas pessoas em situação de vulnerabilidade social (idem, p. 08).

Esse projeto de Lei baseia-se na tríade proibicionismo, repressão e abstinência, que 'consagra o modelo

criminal medicalizante em vigor no Brasil' e se configura como uma opção de enfrentamento da questão de grande custo econômico e social e de baixa resolutividade. As políticas públicas pautadas nesses princípios, além de ofertar práticas pouco resolutivas, se tornam, elas mesmas, 'parte do problema a ser superado, uma vez que seus efeitos são largamente contraproducentes' (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p. 08).

Esses, entre outros movimentos, podem significar retrocesso no que se refere ao cuidado e à atenção integral a usuários de drogas, previstos na Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, criada em 2003 pelo Ministério da Saúde. O modelo de atenção pautado na integralidade rompe com o reducionismo ao trazer uma compreensão complexa acerca do uso de drogas na contemporaneidade, englobando aspectos sociais, psicológicos, econômicos e políticos. Reconhece a necessidade de uma ampla rede de atenção, que não se restrinja às intervenções psiquiátricas e jurídicas, ou, ainda, ao âmbito da saúde, se comprometendo com ações na perspectiva da redução dos danos, com pleno exercício dos direitos dos cidadãos (ROMANINI; ROSO, 2012).

Assim, é urgente que a atenção à saúde de usuários de drogas se fortaleça no que concerne à atenção integral, pautada no cuidado, no acolhimento dessas pessoas, na liberdade, no fortalecimento dos vínculos sociais e da cidadania. Para Couto e Alberti (2008), no contexto da Reforma Psiquiátrica, a cidadania e o cuidado são base para tratamento dos usuários e a prática clínica deve caminhar paralelamente a atenção psicossocial, buscando atender aos sofrimentos psíquicos e possibilitar o desenvolvimento da autonomia e da cidadania.

(Re)pensando as (re)caídas na drogadição como repetição e não como reprodução

Lançamos mão da perspectiva psicanalítica para compreensão da 'recaída' por reconhecermos que esse paradigma possibilita problematizá-la como estando para além da simples reprodução do já vivido pelo sujeito. Assim, sustentamos uma via de cuidado que resiste à tendência da busca pelo estancamento desse comportamento, pelo viés da internação, sem que os sujeitos sejam escutados na singularidade das suas vivências.

Há quase um século, Freud desenvolveu o conceito de Compulsão à Repetição que nos permite hoje realizar essa outra abordagem da 'recaída', isto é, não mais a tomando de forma generalizada e destituída de sentido, mas passando a entendê-la como uma repetição simbólica na experiência da dependência química.

Do mesmo modo, há quase 30 anos, a psicanalista Piera Aulagnier (1985) lançou luz para compreensão da relação problemática que muitos sujeitos estabelecem com a droga. Ao teorizar sobre a relação passional alienante, entendeu que, nesses casos, um objeto torna-se para o sujeito a fonte exclusiva de todo prazer. Assim, o objeto droga é deslocado para o registro das necessidades, e o sujeito passa a estabelecer com ela uma relação de dependência:

> *A paixão pela droga, pelo jogo, e, igualmente, aquela que tem como objeto o Eu de um outro referem-se àqueles para quem a droga ou o jogo tornaram-se não somente fonte do único prazer que conta realmente, mas de um prazer que se tornou necessidade (AULAGNIER, 1985, p.151).*

No texto Recordar, repetir e elaborar (1914/1969), Freud toma a repetição como a expressão de um conflito psíquico que necessita ser trabalhado para que uma ressignificação seja possível. Em outros termos, é apenas através de um processo de significação que a repetição poderá ser substituída, dando lugar a outras experiências significativas para a vida.

Nesse contexto, constatamos salientada a importância da repetição para o desenvolvimento da atenção e do cuidado. Freud (1914/1969) reconhece que, enquanto a repetição se faz presente, dificultando a recordação, turvando ou impedindo o enfretamento do sujeito com sua história e realidade, também se faz presente por meio dela a denúncia da existência do conflito psíquico. Com efeito, é exatamente pela repetição que se anuncia o conflito e que, dessa forma, fornece pistas e oportuniza a necessária intervenção cuidadosa.

Os fragmentos de casos que utilizamos para ilustrar este trabalho demonstram que estamos diante de sujeitos que estabeleceram com a droga uma relação de total dependência, de modo a torná-la objeto de necessidade e não apenas objeto de prazer. E, ainda, que, ao longo de suas trajetórias de vida, as suas 'recaídas' foram tomadas como reprodução do já vivido, portanto, desvalorizadas e até mesmo atribuídas à falta de caráter ou falta de respeito frente ao outro.

Nos discursos dos sujeitos entrevistados, constatamos o intenso sofrimento implicado na relação de dependência estabelecida com as drogas e, principalmente, nas situações de 'recaída'. Tal implicação emerge com muita clareza nas falas de alguns sujeitos quando questionados sobre a que atribuem essas 'recaídas'.

Felipe, com 30 anos na época da entrevista, relatou um histórico de 09 internações, afirmando que suas 'recaídas' se dão entre uma semana e um mês após o período de internação. Sobre as situações de 'recaída', faz a seguinte reflexão: "*Ficava sem vontade de viver, sem alegria, sem motivação, ia nos lugares, tinha os companheiros e isso me deixava recair, o álcool também ajudou a recair[...]".*

Francisco, aos 27 anos, já se submeteu a 04 internações, sendo que costuma voltar a usar drogas cerca de 04 meses após o período de internação. Ressaltou que suas experiências de 'recaídas' estavam ligadas à seguinte realidade: "*Muito foi por causa dos problemas, mais é os problemas e muito porque já tinha vontade de usar, e para fugir dos problemas, não querer assumir os problemas. Achei que era uma vantagem usar, mas piora os problemas".*

A partir desses fragmentos, que representam as falas de muitos outros entrevistados nesta pesquisa, podemos concluir que procede a suposição de que os sujeitos experimentam intenso sofrimento decorrente de conflitos psíquicos não elaborados. Nessa situação, as recaídas devem ser tomadas como repetições simbólicas, que veiculam sentidos diferenciados e não apenas reprodução mecânica esvaziada de significação. Devemos considerar que estamos diante de casos em que a repetição configura formas de resistência a mudanças, ao mesmo tempo, indicativas de conflitos psíquicos e demandas de ajuda para que ressignificações sejam possíveis, tal como podemos escutar na voz de Júlio:

> *Às vezes uns 15 dias, mas geralmente no mesmo dia [volta a usar drogas depois após internação]. É difícil, precisa de muita ajuda, acho que se eu tivesse a ajuda da mãe e dos irmãos. Ela nunca se preocupou comigo, pra ti vê, hoje é dia de visita, ninguém veio. (Júlio, 42 anos).*

A repetição sinaliza de forma contundente a existência de conflitos psíquicos que não cessam de se presentificar e que exigem elaboração. A 'recaída', entendida como repetição, deixa de ocupar esse lugar de vilã e, em decorrência, deixa de ser combatida acima de tudo para ser reconhecida como importante instrumento terapêutico.

Dionísio, aos 27 anos, está no segundo tratamento e relata a seguinte experiência em relação à 'recaída':

> *Foi quando me separei da minha mulher. Na verdade eu gostava dela, mas não queria dar o braço a torcer. Era muito incômodo, muita desavença, muita coisa tava em jogo a gente discutia muito, por coisas pequenas, aí dá aquela fraqueza, né? Tu acha que a única coisa que vai suprir aquilo ali é usando. Eu desisti de procurar uma ajuda, né... eu comecei a beber. Fazia festas, fazia festas, mas as festas não preenchiam aquele vazio.*

Não mais entendida como mera reprodução de situações reais vividas, destituídas de sentidos, as 'recaídas' veiculam sentidos diferentes, pois que remetem sempre a equivalentes simbólicos de desejos, muitas vezes ainda inconscientes. Portanto, a 'recaída' passa a apontar para a necessidade de se escutar a multiplicidade de sentidos, verdades presentes na vivência singular a cada vez que se repete, exigindo mudanças nas formas de acolhimento e escuta.

Essa forma de compreensão coloca em xeque o próprio termo 'recaída', usado para designar esse momento na vida desses sujeitos. Se escutarmos a fala de um sujeito, Rodrigo, 23 anos, perceberemos que, na verdade, a experiência não se reproduz, não se repete do mesmo modo:

> *A droga ...tu te acha a melhor pessoa do mundo e ao mesmo tempo tu é a pior pessoa do mundo. Ela te leva e te derruba; te ergue e te derruba. Então, aquela sensação que tu tem é ilusória. Então, tu continua correndo atrás de uma coisa que não vem, de uma coisa que não vem mais. Porque aquele prazer, ele é momentâneo, ele dura segundos. E, por tu tá intoxicado, tu acha que aquilo vai acontecer e tu fica correndo atrás de uma coisa que não vem mais. Isso é complicado.*

Embora Rodrigo tenha consciência de que está correndo atrás de uma coisa que não alcançará mais, ele projeta o retorno daquela vivência, pois se produz uma experiência que o 'ergue' e o leva em frente. Portanto, nesse caso, podemos concluir que a repetição traz sempre a experiência de um novo, já que não acontece nunca mais o mesmo.

De fato, diante da droga, o sujeito parece se defrontar com uma impotência, como assinala Santos, Costa-Rosa, (2007, p. 489): "[...] se defronta com sua incapacidade de pensar, reagindo com uma ação compulsiva, correspondente de uma tensão que parece ser vivenciada como impossível de baixar por outros meios".

Contudo, em se tratando de atos humanos, torna-se impossível tomar a repetição como reprodução do mesmo. Devemos tomá-la enquanto demandante do novo, do acaso, do lúdico, como Garcia-Roza (1986 p. 35-36) argumenta:

> *O mundo humano é o mundo do sentido, mundo que não é pensável fora da referência ao simbólico. Esta é a razão pela qual Jacques Lacan [...] afirma que não há behavior humano, mas ato humano, isto é, algo que se constitui como sentido e que é indissociável da linguagem. Uma palavra, ou mesmo uma frase, quando repetida, não traz com ela a repetição do seu sentido.*

Nessa perspectiva, fazem-se necessárias ofertas de condições favoráveis para que os sujeitos re-signifiquem os processos de construção do mal-estar e do sofrimento psíquico que os levam a se cristalizar nesses atos ou modelos de atuação. Thomas, 37 anos, ao refletir a respeito de suas percepções sobre tratamento e 'recaída', aponta, justamente, a necessidade de que a rede de saúde amplie seu leque de possibilidades e, sobretudo, qualifique a atenção aos usuários de drogas. Abaixo, sua fala que demonstra seu reconhecimento acerca do que poderia lhe ajudar a sair da situação de dependência do *crack*:

> *Num primeiro momento, trabalhar o processo de autoconhecimento; segundo lugar, uma manutenção constante do tratamento, tipo prevenção de recaída, que é em grupos. Deveria de ter em (nome da cidade) mais uma opção, um local, não só no horário comercial. Tem pessoas que vão trabalhar de dia, e como vão se tratar? É preciso ter mais uma opção, nem todos se encaixam em NA ou AA. Quanto mais opções e ferramentas, melhor seria para a gente. Seria a manutenção constante.*

Considerações finais

Com este trabalho, procuramos apresentar reflexões, realizadas por ocasião da análise dos dados da pesquisa 'A realidade do *crack* em Santa Cruz do Sul', de modo a ajudar na problematização das Políticas e do cuidado que atualmente têm sido direcionados às pessoas que estabelecem relação de dependência com a droga.

Entre outras constatações, obtidas a partir dos sentidos que emergiram nos discursos dos usuários de *crack*, ressaltamos a necessidade de refletir sobre o fenômeno da 'recaída' entendida como a reprodução do mesmo, que leva o cuidador e/ou profissional a desvalorizar a experiência e os sentidos subjetivos. Tomada enquanto reprodução do já vivido, remete à experiência da impotência, da incompetência, da desesperança e de desistência.

No contexto atual, o *crack* passa a ser compreendido, em última instância, como a loucura no século XVII, ou seja, uma condição que, ao abstrair a 'racionalidade' do sujeito, o condena à margem da sociedade. Existe uma rede discursiva que encerra os sujeitos

(usuários, familiares, profissionais, etc.) na situação de 'impotência', justificando práticas repressoras que cerceiam a liberdade e a autonomia dos usuários, sistema que reproduz a ideia de que o individuo é incompetente frente sua condição, tida como a-social e a-histórica.

Para finalizar, remetemo-nos ao texto *'Différence et répétition'* de Deleuze (1968), que ajuda a sustentar a ideia da 'recaída' como algo que tem natureza simbólica, e que não se trata de representar alguma coisa, mas, sim, de que ela própria significa algo. Ressalta que "repetir é uma forma de se comportar, mas em relação a algo único ou singular, que não possui semelhante ou equivalente [...] não é acrescentar uma segunda e uma terceira vez a primeira, mas conduzir a primeira a enésima potência" (p. 07,08). ■

Referências

AULAGNIER, P. *Os destinos do prazer*. Rio de Janeiro: Imago, 1985.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70, 1977.

BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: Fonseca, Angélica Ferreira (Org.). *O território e o processo saúde-doença.* Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <http://www.retsus.fiocruz.br/upload/documentos/territorio_e_o_processo_2_livro_1.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2013.

BIRMAN, J. *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Parecer do Conselho Federal de Psicologia (CFP sobre o Projeto de Lei nº 7663/2010.* Brasília: CFP, 2011. Disponível em:< http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Parecer-Conselho-Federal-de-Psicologia-PL-7663-2010.pdf>. Acesso em 13 abr. 2013.

COUTO, R.; ALBERTI, S. Breve história da reforma Psiquiátrica para uma melhor compreensão da questão atual. *Saúde em Debate.* Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 49-59, jan./dez. 2008. Disponível em: <http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/Condi%C3%A7%C3%B5es%20e%20Condicionantes%20de%20Vida%20e%20Sa%C3%BAde/Sa%C3%BAde%20Mental/Revista%20Sa%C3%BAde%20em%20Debate_Sa%C3%BAde%20mental_%20v.32_n%2078-79-80_jan_%20dez_2008.pdf>. Acesso em 13 abr. 2013.

DELEUZE,G. *Différence et répétition*. Paris: PUF, 1968.

FREUD, S. Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise II). In: _____. O caso de Schereber; Artigos sobre técnica e Outros trabalhos. Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol XII*. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FURTADO, L. E. *et al*. Subjetivação, discursos científicos e midiáticos: revisitando estudos foucaultianos sobre corpos. *Fractal: Revista de Psicologia.* Niterói, v. 23, n. 1, p. 155-170, jan./abr. 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922011000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt >http://lilacs.bvsalud.org/. Acesso em: 18 abr. 2013.

GARCIA-ROZA, L. A. *Acaso e Repetição em Psicanálise:* uma introdução à teoria das pulsões. 5 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.

MENDONÇA, R.L.; RODRIGUES, C.E. Foucault com Freud: cultura, adoecimento, internação. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.* Florianópolis, V. 3, n. 6, p. 151-170, 2011. Disponível em: < http://www.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1507>. Acesso em 10 abr. 2013.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Mídia e Crack: Promovendo Saúde ou Reforçando Relações de Dominação? *Psicologia*: Ciência e Profissão, 2012, v. 32, n.1, p. 82-97. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100007>. Acesso em: 20 abr.2013.

SANTOS, C. E.; COSTA-ROSA, A. A experiência da toxicomania e da reincidência a partir da fala dos toxicômanos. *Estudos de Psicologia.* Campinas: v.24, n.4, p.487-502, 2007.

SANTOS, L. M. B. (org.) *Outras palavras: sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre, Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

SOMMER, L. A Ordem do Discurso Escolar. *Revista Brasileira de Educação,* v. 12, n. 34, p. 57-67, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v12n34/a05v1234.pdf>. Acesso em: 20 abr.2013.

SPINK, Mary Jane P. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano:* aproximações teóricas e metodológicas. 2. ed São Paulo: Cortez, 2000.

VEIGA-NETO, Alfredo. *Foucault & a Educação.* 3. ed. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2011.

Recebido para publicação em abril/2013.
Versão definitiva em junho/2013.
Suporte financeiro: não houve.
Conflito de interesse: inexistente.

Fatores de risco e proteção para o consumo de drogas: conhecimento de estudantes de uma escola pública

Risk factors and protection against drug use: knowledge of public school students

Lorena Silveira Cardoso[1], Marcos Vinicius Ferreira dos Santos[2], Cíntia Lepaus Thomas[3], Marluce Miguel de Siqueira[4]

[1] Mestranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espirito Santo (UFES) – Vitória (ES), Brasil.
lo-silveira@hotmail.com

[2] Mestrando em Saúde Coletiva do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espirito Santo (UFES) – Vitória (ES), Brasil.
mvsantos@hotmail.com

[3] Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Espirito Santo (UFES) – Vitória (ES), Brasil.
cintialepaus@yahoo.com

[4] Pós-Doutora pela Universidade do Texas. Professora Associada III do Departamento de Enfermagem da Ufes e do PPGSC-UFES. Coordenadora de Pesquisa do CEPAD-UFES.
maluce.siqueira@ufes.br

RESUMO: Objetivou-se investigar os fatores de risco e proteção para o consumo de drogas entre estudantes de uma escola municipal em Vitória – ES. Trata-se de um estudo descritivo, exploratória, com uma população de 500 alunos, matriculados em 2011. Dos escolares, 62,5% relatam que conversar sobre drogas com os pais diminui as chances de consumir, 41,7% referem que conviver com familiares e/ou amigos usuários os torna mais vulneráveis ao uso. Ainda, 70,8% destes, relataram que a autoestima elevada previne o uso de SPAs. Portanto, para desenvolver atividades de prevenção ao uso de SPAs, primeiramente faz-se necessário conhecer as atitudes e crenças dos alunos, bem como da escola, família e comunidade.

PALAVRAS CHAVE: Adolescente, Prevenção primária, Uso indevido de drogas.

ABSTRACT: *This study aimed to investigate the risk and protective factors for drug use among students of a municipal school in Vitoria - ES. This is a descriptive, exploratory, with a population of 500 students enrolled in 2011. Of students, 62.5% report that talk about drugs with their parents decreases the chances of consuming, 41.7% report living with family and / or friends users makes them more vulnerable to use. Still, 70.8% of these reported that high self-esteem prevents the use of PAS. Therefore, to develop prevention activities to the use of PAS, first it is necessary to know the attitudes and beliefs of students as well as school, family and community.*

KEYWORDS: *Adolescent; Primary prevention; Drug abuse.*

Introdução

O consumo de drogas (SPAs) é um fenômeno que tem transcendido a categoria de problema de saúde e vem se expandindo mundialmente. As SPAs interferem não só em nível biológico, mas em todo o contexto biopsicossocial dos indivíduos que as consomem, tornando os vulneráveis a situações de risco (CARLINI *et al.*, 2005; CARLINI; NOTO; SANCHEZ, 2010).

No Brasil, nota-se a redução da idade para o início do uso de drogas. Pesquisas do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CARLINI; NOTO; NAPPO, 2002 CARLINI; NOTO; SANCHEZ, 2010) mostram que o uso na vida pode já acontece aos 10 anos de idade, sendo as principais drogas, além do álcool e do tabaco, os solventes e a maconha.

No VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada nas Capitais Brasileiras (CARLINI; NOTO; NAPPO, 2002 CARLINI; NOTO; SANCHEZ, 2010), encontrou-se que 60,5% e 16,8% dos estudantes relataram, respectivamente, uso na vida de álcool e tabaco. Também foi possível detectar que 25,5% dos estudantes terem referiram uso na vida de alguma droga ilícita e 5,5% relataram uso no mês. Entre os que relataram algum consumo, embora a maioria tivesse idade maior de 16 anos, também foram observados relatos na faixa entre 10 e 12 anos.

Assim, com a atual tendência de expansão do consumo de drogas, bem como a iniciação cada vez mais precoce torna-se necessária a realização de ações e medidas de prevenção, evitando dessa forma a experimentação, bem como a progressão para o uso regular, abuso e, consequentemente, a dependência. Por isso, segundo Santos (2011), a temática vem assumindo grande importância na dinâmica escolar, pois a escola tem sido apontada como local de primeiro contato com as drogas.

Conforme Schekner e Minayo (2005), os adolescentes por estarem em uma fase do desenvolvimento humano em que ocorrem muitas mudanças, sendo considerado um período de risco para o envolvimento com drogas. E por ser um período do desenvolvimento no qual tendem a ocorrer os primeiros episódios de uso de bebidas alcoólicas ou outras drogas, a adolescência torna-se alvo da maioria dos programas de prevenção (NIDA, 2003; SLOBODA, 2005).

Existem diversas abordagens na condução de estratégias preventivas, que de uma maneira geral objetivam diminuir a probabilidade de o adolescente usar ou manter o uso de drogas e desta forma as diversas abordagens de prevenção ao uso de drogas enfatizam a redução dos fatores de risco e ampliação dos fatores de proteção. Esses fatores podem ser identificados em todos os domínios da vida: no próprio indivíduo, na família, na rede de amizades, na escola ou no trabalho, na comunidade ou em qualquer outro nível de convivência social (SENAD, 2009).

Sudbrack (2003) conceitua fatores de risco como circunstâncias sociais e/ou pessoais que a tornam vulneráveis a assumir comportamentos arriscados, como usar drogas. Fatores de proteção são aqueles que contrabalançam as vulnerabilidades, tomando a pessoa com menos chances de assumir esses comportamentos.

São vários os fatores relacionados ao uso de SPAs, entre adolescentes, destacam-se problemas familiares, desemprego, desavenças amorosas, baixo rendimento escolar, como possíveis explicações para os adolescentes iniciarem o uso e, por conseguinte evoluírem para o abuso e para a dependência de álcool e outras drogas (PECHANKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004). Sendo assim oferecer ao adolescente apenas conhecimento teórico, não é suficiente para uma estratégia de prevenção eficaz, visto que os adolescentes precisam aprender a identificar uma situação de risco, compreender sua vulnerabilidade, conhecer alternativas de proteção, para que quando se depararem com a situação de decisão, consigam concluir qual é a escolha adequada em conformidade com seus valores pessoais levando em conta riscos e dimensionamento das consequências posteriores (PECHANKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004; MIRANDA; GADELHA; SZWARCWALD, 2005)

Cabe ressaltar que o meio cultural configurado pelo conhecimento, crenças, valores, atitudes pode conduzir a comunidade ou seus grupos específicos, no caminho da abstenção ou uso de SPAs (PILLON; LUIS, 2004). O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (BRASIL, 2006) preconiza medidas para prevenção do uso indevido de drogas, tendo como diretriz

a promoção dos valores éticos, culturais e de cidadania do povo brasileiro, reconhecendo-os como fatores de proteção para o uso indevido de drogas e outros comportamentos correlacionados.

É preciso, portanto, para maior efetividade das ações preventivas, compreender e valorizar o conhecimento dos sujeitos a respeito de suas condutas comportamentais, valores culturais e informações prévias para a prevenção do consumo de drogas.

Face ao exposto, objetivou-se neste trabalho, identificar o conhecimento de estudantes do ensino fundamental de uma escola pública acerca dos fatores de risco e proteção para o consumo de substâncias psicoativas.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza exploratória, realizado em uma escola pública de ensino fundamental do município de Vitória, no Espírito Santo. A população do estudo foi constituída de 500 alunos que estavam devidamente matriculados na escola, no período segundo semestre de 2011. A amostra foi intencional e composta por estudantes com perfil de liderança e protagonismo, selecionados pelos professores da escola. Na época da pesquisa havia 12 (doze) turmas de 5ª a 8ª série, nos turnos matutino e vespertino, sendo escolhidos 2 (dois) alunos de cada turma e desta forma configurando uma amostra de 24 estudantes.

Inicialmente enviou-se uma solicitação à Secretaria Municipal de Educação, solicitando a autorização para o desenvolvimento da pesquisa e concessão de liberação dos estudantes de suas respectivas aulas para a aplicação dos questionários. Realizou-se um estudo piloto, a fim de padronizar a coleta de dados e realizar adaptações necessárias ao questionário. Após explicação dos objetivos do estudo, houve aplicação do questionário na escola, pelos pesquisadores. Estudantes e seus pais e/ou responsáveis que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

O instrumento utilizado foi elaborado pelos pesquisadores considerando a literatura nacional e internacional que, além de condições socioeconômicas, versa sobre os fatores de risco e proteção para o consumo de substâncias psicoativas (HOFFMANN; CERBONE, 2002; TAVARES; BERIA; LIMA, 2004; SANCHEZ, 2004; SCHEKNER; MINAYO, 2005). Sendo este instrumento um questionário estruturado constituído por 20 questões fechadas, que são afirmações acerca de fatores relacionas às drogas, onde o estudante tem como alternativas de resposta as opções falso e verdadeiro. O questionário aborda os fatores de risco e proteção em 3 (três) níveis, de acordo com uma abordagem classificatória apresentada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (BRASIL, 2012) a saber:

- **Fatores de Risco e Proteção Individuais:** relacionados à personalidade, mecanismo de enfrentamento e crenças dos adolescentes;

- **Fatores de Risco e Proteção Familiares:** relacionados à dinâmica familiar, com enfoque na relação dos pais com o adolescente;

- **Fatores de Risco e Proteção Ambientais:** relacionados às questões socioculturais do ambiente em que vive o adolescente;

Os dados foram analisados com o auxílio do programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), na versão 17.0, utilizando-se a frequência absoluta e relativa para apresentação das respostas das questões.

Este estudo integrou o projeto de pesquisa intitulado "Conectando Saberes e Prevenindo o uso de substâncias: dialogando com a comunidade" (Prot. Nº. 051/11), que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), de acordo com os dispositivos da Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos.

Resultados e discussão

Participaram deste trabalho 24 estudantes, sendo a maioria alunos do sexo feminino (58,3%), na idade entre 11 a 14 anos (83,2%), da raça/cor caucasóide/branca (37,5%) seguido de pardos (33,3%). Acerca da

Tabela 1. Características sócio–demográficas dos adolescentes. Vitória–ES, 2012.

CARACTERÍSTICA	N	%
SEXO		
Masculino	10	41,7
Feminino	14	58,3
TOTAL	**24**	**100**
IDADE		
11 a 12 anos	10	41,6
13 a 14 anos	10	41,6
15 a 16 anos	4	16,8
TOTAL	**24**	**100**
RENDA FAMILIAR		
Não Respondeu	1	4,2
Entre 1 e 2 Salários	5	20,8
De 2 a 3 Salários	8	33,3
Entre 3 a 4 Salários	4	16,7
De 4 a 5 Salários	3	12,5
Entre 5 ou mais	3	12,5
TOTAL	**24**	**100**
ESCOLARIDADE DA MÃE		
Não Respondeu	1	4,2
Ensino Fundamental	7	29,2
Ensino Médio	16	66,1
TOTAL	**24**	**100**
ESCOLARIDADE DO PAI		
Não Respondeu	5	20,8
Ensino Fundamental	8	33,3
Ensino Médio	10	66,7
Ensino Superior	1	4,2
TOTAL	**24**	**100**
RELIGIÃO		
Não Respondeu	1	4,2
Católico	14	58,3
Evangélico	6	25,0
TOTAL	**24**	**100**

CARACTERÍSTICA	N	%
RAÇA/COR		
Branco	9	37,5
Negro	6	25,0
Pardo	8	33,3
Amarelo	1	4,2
TOTAL	**24**	**100**

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 2. Conhecimento de adolescentes sobre fatores de risco e proteção individuais para o consumo de drogas. Vitória–ES, 2012.

FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO	VERDADEIRO		FALSO	
	N	%	N	%
Receber elogios sobre as atitudes certas realizadas por você aumenta sua autoestima e consequentemente previne o uso de drogas.	23	95,8	1	4,2
O uso de drogas ajuda a solucionar problemas da vida.	5	20,9	19	79,2
O medo do efeito da droga pode fazer com que as pessoas não tenham vontade de usá–las.	24	100	0	0
A droga lícita (legalizada) é menos prejudicial que a droga ilícita (ilegal).	14	58,4	10	41,7
As pessoas usam drogas porque querem.	22	91,7	2	8,3
Eu sempre vi com bons olhos os usuários de drogas, eles são mais descolados.	6	25	18	75
Se sentir bem consigo mesmo ajuda a não desejar usar drogas.	23	95,8	1	4,2
Uso de drogas não deveria ser considerado um problema de saúde, pois afeta poucas pessoas.	08	33,4	16	66,7
Quanto uma pessoa esta triste, ela tem mais chance de usar drogas.	20	83,4	4	16,7
Pessoas tímidas tem mais chance de consumir drogas.	8	33,4	16	66,7
Estar ansioso é um motivo para as pessoas usarem drogas.	7	29,2	17	70,8

Fonte: Elaboração Própria

renda familiar, 33,3 % referiram possuí-la entre 2 a 3 salários mínimos. Quanto à religião, houve predomínio de Católicos (58,3%). Em relação ao nível de escolaridade, tanto as mães quanto os pais, estudaram até última série do ensino médio, sendo 66,1% e 66,7% respectivamente, como demonstrado na *Tabela 1*.

A *Tabela 2* apresenta a distribuição das respostas dos pesquisados em relação às questões relacionadas aos fatores de risco e proteção, no nível individual. Observa-se que 91,7% relata acreditar que as pessoas usam drogas porque querem, todos (100%) acham e que o medo do efeito das drogas pode fazer com que as pessoas não tenham vontade de usá-las. Ainda em relação aos fatores individuais, os estudantes concordam que o uso de drogas ajuda solucionar problemas da vida (20,9%) e que a droga lícita é menos prejudicial que a droga ilícita (58,4%). Outro resultado relevante é que 95,8 % relatou que receber elogios e se sentir bem consigo mesmo, aumenta a autoestima e consequentemente previne o uso de SPAs

Nota-se que de modo geral os estudantes conhecem os fatores de risco e proteção, em nível individual, para o uso de SPAs. Contudo alguns dados merecem atenção, principalmente o fato de a maioria considerar que as pessoas usam droga porque querem.

Sabe-se que esta consideração não é específica de adolescentes e permeia a sociedade brasileira de uma maneira geral. Este dado corrobora com o modelo explicativo de abordagem Moral, no qual os usuários são considerados responsáveis pelo início do uso drogas, sendo culpabilizados pelo problema e vistos como pessoas que possuem falhas de caráter (PILLON; LUIS, 2004).

Este resultado apresenta-se também em consonância com outros estudos (KILLEN, 1991; NUCCI, 1991; CRUZ, 2009), como o trabalho de Nucci, Guerra, Lee (1999) que investigaram a relação entre o uso de substâncias psicoativas por adolescentes e os conceitos que estes têm a respeito de tal conduta e obtiveram que a maioria deles indicou que o uso de drogas é uma questão de prerrogativa pessoal ou de prudência.

Visualizar o consumo como algo inerente a pessoa e ao seu autocontrole, pode propiciar que o indivíduo se coloque em situações de vulnerabilidade e risco, cedendo à pressão de grupos e assim iniciando ou intensificando o uso de SPAs.

Mesmo que a dimensão moral seja um aspecto importante relacionada ao uso abusivo de drogas ainda pouco investigado, o consumo de drogas é uma questão ampla, multifatorial, e não deve ser reduzida a ele, ainda que seja necessário valorizá-lo na compreensão do problema. Desta forma é imprescindível ultrapassar os limites do âmbito moral e compreender o consumo de drogas num contexto de interação, entre sujeito, ambiente e SPAs para compreender a suscetibilidade ao uso e processo de evolução do consumo (DIEHL, 2011).

O presente estudo detectou que os pesquisados, em maioria, relataram que a droga lícita é menos prejudicial que a droga ilícita. Consideração esta não exclusiva de adolescentes e está presente na população como um todo, que por sua vez conceitua como droga apenas as SPAs ilícitas, focalizando os problemas ocasionados por estas, a despeito da magnitude dos efeitos negativos do álcool e do tabaco. Isto pode ser explicado pela aceitação social das drogas lícitas, que são de fácil acesso e estão presentes nas celebrações sociais e em diversas ocasiões, encontram-se presente no contexto familiar e na rede de relacionamentos dos adolescentes.

O álcool é a droga mais usada por adolescentes (CARLINI et al., 2010), e uma explicação se deve aos efeitos positivos de sua intoxicação como a desinibição. Os adolescentes começam a beber para recreação e, para muitos deles, o álcool é uma carta de aceitação nos eventos sociais e seu consumo implica riscos relativamente baixos ou ausentes. Mas, seu uso pode ser responsável por muitos danos nas esferas sociais e individuais.

Inquéritos internacionais (UNODC, 2008; WHO, 2011) constataram em relação ao álcool, quase 2 bilhões de pessoas no mundo fazem uso e é responsável por 4% de todas as mortes no mundo, cerca de 2,5 milhões de pessoas morrem anualmente. Quanto ao tabaco, este afeta 25% da população mundial adulta e 5 milhões são atribuídas ao uso de tabaco por ano, enquanto as drogas ilícitas são responsáveis por 200 mil mortes por ano.

A dicotomia SPAS lícitas e ilícitas é vislumbrada no nível das políticas públicas pois de acordo com Souza e Kantorski, a política nacional relacionada às drogas, possui diretrizes que enfatizam a distinção entre as drogas lícitas e ilícitas, considerando um ideal de sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e uso indevido de drogas lícitas.

Acerca da autoestima, os adolescentes participantes deste estudo a consideram como fator de proteção, e alguns estudos (HOFFMANN; CERBONE, 2002; SANCHEZ, 2004; SCHEKNER; MINAYO, 2005; BRASIL, 2012) também consideram seu efeito protetivo ao consumo de drogas. A autoestima elevada pode favorecer ao não uso de drogas mesmo em um ambiente com a presença de fatores de risco com a disponibilidade de drogas. Assim, atividades de prevenção devem enfocar a informação como um meio de resgatar, principalmente a autoestima, formando sujeitos para construírem atitudes e valores construtivos, encorajando o desenvolvimento de sua personalidade, da sua identidade e valores (APA, 1995).

Ao serem questionados sobre os fatores relacionados à família, 100% dos adolescentes afirmou que conversar com os pais diminui as chances do consumo.

Tabela 3. Conhecimento de adolescentes sobre fatores de risco e proteção familiares para o consumo de drogas. Vitória–ES, 2012.

FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO	VERDADEIRO		FALSO	
	N	%	N	%
Os jovens que conversam sobre as drogas com os pais têm menores chances de querer usá–las.	24	100	0	0
Quando uma pessoa tem na família ou amigos que se deram mal com o uso de drogas, ela tem menos vontade de usá–las.	23	95,8	1	4,2
Algumas pessoas não usam drogas porque tem medo dos pais.	17	70,8	7	29,2
Conviver com familiares e amigos que usam drogas torna a pessoa mais vulnerável a usá–las.	19	79,2	5	20,8
As brigas familiares são fatores que influenciam ao consumo de drogas.	23	95,9	1	4,2

Fonte: Elaboração Própria

Observou-se também que 71,9% responderam que conviver com familiares e/ou amigos usuários os tornam mais vulneráveis. E ainda, 95,9% respondeu que as brigas familiares são fatores que influenciam ao consumo de drogas *(Tabela 3)*.

Desta forma, os dados encontrados pela presente pesquisa corroboram com os achados de outras, que mostram que uma família desestruturada, com ausência de diálogo e interação afetiva, baixo envolvimento dos filhos nas atividades familiares e pouco controle dos pais sobre os filhos, facilitam o consumo de drogas por adolescentes (CATALANO *et al.*, 1992; HOFFMAN, 1993; NEWCOMB, 1995; PIKO, 2000; BLUM *et al.*, 2003; SANCHEZ, 2004; SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2004; SCHEKNER; MINAYO, 2005; WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2011)

Tavares, Beria e Lima (2004), em um estudo transversal com uma amostra de 2.410 adolescentes, encontraram que quanto à situação conjugal dos pais, aqueles cujos pais haviam se separado referiram um uso superior em mais de 50% em relação aos jovens cujos pais viviam juntos (RP=1,55; IC 95%: 1,26-1,90). E aqueles adolescentes que referiram um relacionamento ruim ou péssimo com o pai ou com a mãe apresentaram consumo de drogas significativamente maior do que os que referiram um relacionamento ótimo ou bom, respectivamente, com o pai (RP=2,04; IC 95%: 1,44-2,88) ou com a mãe (RP=2,77; IC 95%: 1,90-4,03). Da mesma forma, referiram maior uso de drogas os que consideravam o pai liberal ou a mãe liberal quando comparados, respectivamente, àqueles que consideravam o pai ou a mãe autoritários.

O uso de álcool e outras drogas pelos pais e/ou irmãos é um fator de risco importante, assim como, a ocorrência de isolamento social entre os membros da família, envolvimento materno insuficiente, práticas disciplinares inconsistentes ou coercitivas, dificuldade em estabelecer limites aos comportamentos infantis e aprovação do uso de drogas pelos pais (SANCHEZ, 2004; SCHEKNER; MINAYO, 2005; WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2011).

A família pode constituir-se como fator protetivo ou de risco, a depender das relações estabelecidas por seus membros, principalmente o diálogo e o afeto existentes. Os pesquisados conseguiram notar as situações em que a dinâmica familiar propicia risco ou proteção. Reis (s.d) em uma revisão sistemática acerca dos fatores de risco, com recorte temporal de dez anos, conclui que fatores de risco e de proteção não são estáticos, pois há entre eles considerável transversalidade, sendo que dependendo da situação apresentam variabilidade de influência.

No estudo de Sanchez; Oliveira; Nappo (2004), que investigou fatores de proteção entre adolescentes, a

família foi o fator protetor mais citado pelos entrevistados, adquirindo importância na estruturação do ser, fornecendo, segundo os entrevistados, elementos essenciais como apoio, carinho e proteção, apresentando-se como base fundamental da educação na infância e adolescência e como parâmetro de controle das atitudes e companhias dos filhos.

No que diz respeito aos fatores de risco e proteção no nível ambiental, os resultados apontaram que 50% dos estudantes acreditam que as propagandas e demais recursos da mídia não influenciam no uso de drogas. Ainda obteve-se que em relação a estes fatores, a maioria (87,5%) considera verdadeiro que pessoas que fazem alguma atividade, como, estudo, cursos, esporte, música, teatro entre outras, se estas apresentam menores chances de usar drogas e que todos os pesquisados (100%) afirmaram que frequentar lugares de acesso fácil ás drogas, aumenta as chances de consumi-las*(Tabela 4)*.

Metade dos respondentes não considerou a mídia um fator de risco. Sabe-se que a mesma funciona como veículo de informação e por diversas vezes estas informações são incentivadores do consumo, principalmente quando as propagandas transmitidas vinculam o uso de álcool ao prazer e a alegria.

Além disso, de acordo com Soldera, outros autores (2004) e Cartana (2004) os enunciados de cartazes e propagandas de TV utilizam técnicas de persuasão, que abordam aspectos psicológicos moldáveis do público-alvo, facilitando a adesão ao produto veiculado. A mídia impressa, na forma de cartazes, tem alcance populacional bem mais restrito que outros meios de comunicação, no entanto, justamente por seu caráter restrito, atinge mais particularmente grupos específicos, no caso os jovens.

Todavia, não se pode culpabilizar a mídia, pois ela reflete e retrata a cultura vigente. E, seria um erro menosprezar a capacidade crítica dos adolescentes, como também a sinergia de vários outros elementos com os meios de comunicação (SCHENKER; MINAYO, 2005). Até porque conviver num lugar onde o consumo de substâncias psicoativas é aceitável, de certa permite que o adolescente o aceite. Ainda, viver numa sociedade que incentiva o uso, como por exemplo, pela mídia, transmite um pensamento que uma droga, mesmo que lícita, seja algo bom e consequentemente será adotado por um consumidor influenciável como o adolescente (CANAVEZ; ALVES; CANAVEZ, 2010).

Quanto ao envolvimento em atividades de lazer e sociais, obteve-se a maioria considerando um fator de proteção, dado que está em consonância com o disposto na literatura, como por exemplo, nos achados de pesquisas (SOARES, 2000; CARTANA, 2004) que referem quando as pessoas que estão envolvidas em algum projeto e esperam alcançar seus objetivos

Tabela 4. Conhecimento de adolescentes sobre fatores de risco e proteção socioambientais para o consumo de drogas. Vitória–ES, 2012.

FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO	VERDADEIRO		FALSO	
	N	%	N	%
Propagandas na TV sobre drogas influenciam as pessoas a terem vontade de usá–las.	12	50	12	50
Quem tem religião apresenta menor chance de usar drogas.	18	75	6	25
Se para participar de um grupo com pessoas que você gosta muito, fosse necessário usar drogas, você experimentaria.	1	4,2	23	95,8
As pessoas que fazem alguma atividade, como, estudo, cursos, esporte, música, teatro entre outras, tem menores chances de usar drogas.	21	87,5	3	12,5
Quando se frequenta lugares de acesso fácil ás drogas, isso aumenta as chances de consumi–las.	24	100	0	0

Fonte: Elaboração Própria

responsabilizando-se pelos seus resultados, têm probabilidade menor de se envolverem com drogas. E também, aqueles adolescentes que participam ativamente na organização e no desenvolvimento de atividades em sua escola mostram-se comprometidos tanto com os ideais do projeto, quanto com seus pares e consequentemente se envolvem menos com SPAs.

Assim, os programas de prevenção de drogas, devem buscar em suas metas que os jovens tenham possibilidades de serem realizados em suas potencialidades, e não apenas visem mantê-los ocupados, promovendo, assim, a saúde mental do adolescente e consequentemente, evitando o uso abusivo de álcool e outras drogas (SOLDERA, 2004).

Nota-se que todos os participantes concordam que o ambiente com fácil acesso a drogas favorece e facilita o uso. Este dado é amplamente observado na literatura, contudo cabe ressaltar que a influência social exercida através principalmente pelo grupo de pares é muito poderosa, sendo que as atitudes sociais têm um papel mais importante que a disponibilidade de drogas (SILVEIRA; MOREIRA, 2006). Tanto que no presente trabalho, um indivíduo (4,2%), mesmo considerando frequentar ambientes com facilidade de acesso a drogas como fatores de risco, afirmou que experimentaria drogas, para participar de um grupo com pessoas das quais gosta muito.

Considerações finais

Através deste trabalho, conclui-se que os adolescentes tem um bom conhecimento sobre os fatores de risco e proteção para o consumo de substâncias psicoativas. Identificando principalmente os fatores relacionados à família, como diálogo com pais, conflitos e consumo de drogas na família. Contudo, em nível individual, a questão moral do uso de drogas prevalece com foco para os problemas e prejuízos causados pelas drogas ilícitas, em detrimento da magnitude e prevalência de efeitos negativos decorrentes do álcool e do tabaco.

Desta forma, é necessário que ações preventivas procurem reforçar o relevante papel da família e consigam incluir, valorizando, os valores culturais e crenças dos adolescentes em suas estratégias.

Foi possível identificar também, a existência de característica do ambiente, das pessoas, das situações e personalidades que funcionam como facilitadores ou protetores do uso de drogas, sendo que, a depender do momento, uma característica de proteção poderá constituir-se também de risco para o uso de drogas. Nesse sentido, compreender as situações e fatores que levam uma pessoa a iniciar e usar drogas não é simples, como também não existem respostas e explicações definitivas. Diversos fatores se interagem e definem cada situação e realidade. Portanto, este estudo ressalta a importância da singularidade do sujeito na prevenção e identificação de fatores de vulnerabilidade.

Por fim, ressalta-se que a adolescência é um momento oportuno para a realização de ações de prevenção do consumo de SPAs, uma vez que nesta faixa etária muitos indivíduos, ainda não iniciaram o uso contínuo, nem experimentaram drogas, e, sobretudo, porque valores podem ser agregados a formação cidadã, ainda em curso, destes sujeitos. ■

Referências

ALVES, R; KOSSOBUDZKY, L. A. Caracterização dos adolescentes internados por álcool e outras drogas na cidade de Curitiba. *Interação em Psicologia*, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 65-79, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM - IV*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BLUM, R.W. *et al*. Adolescent health in the Caribbean: risk and protective factors. *American Journal of Public Health,* v. 93, n. 3, p. 456-460. 2003.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social.* Brasília: SENAD; 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição.* Brasília: Ministério da Saúde. 2004; p.29-35.

_____. Presidência da República. Gabinete da Segurança Institucional *Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006*. Secretaria nacional Antidrogas, Brasília, 2006.

CANAVEZ, M.F.; ALVES, A.R.; CANAVEZ, L.S. Fatores predisponentes para o uso precoce de drogas por adolescentes. *Cadernos Unifoa*, n.14, dezembro, 2010.

CARLINI, E.A. *et al*. *II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005*. São Paulo: CEBRID Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2005.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F; NOTO, A.R.; NAPPO, A.S. *I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do País-2001*. São Paulo: CEBRID: UNIFESP, 2002.

CARLINI, E.A.; NOTO, A.R.; SANCHEZ, Z.V.D.M. *VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública e privada de ensino nas 26 capitais brasileiras e Distrito Federal*. São Paulo: CEBRID: UNIFESP 2010.

CARTANA, M.H.F. *et al*. Prevenção ao uso de substâncias psicoativas. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 286-289, 2004.

CATALANO, R.F. *et al*. Ethnic differences in family factors related to early drug initiation. *Journal of Studies on Alcohol,* v. 53, n. 3, p. 208-217, 1992.

CRUZ, L. A. N.; MARTINS, R. A.; TEIXEIRA, P. S. Julgamento sócio-moral entre estudantes que fazem uso de bebidas alcoólicas: aceitabilidade, categorias de justificação e jurisdição de autoridade. *SMAD*, *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas,* v.5, n.2, p. 1-14, 2009.

DIHEL, A. *et al*. *Dependência química*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

HOFFMANN, J.P.; CERBONE, F.G.; 2002. Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: na event history analysis. *Drug and Alcohol Dependence.* v. 66, p. 255-264, 2002.

HOFFMANN, J.P. Exploring the direct and indirect family effects on adolescent drug use. *The Journal of Drug Issues,* v. 23, n. 3, p. 535-557, 1993.

KILLEN, M.; LEVITON, M.; CAHILL, J. Adolescent reasoning about drug use. *Journal of Adolescent Research,* n. 6, p. 336-356, 1991.

MIRANDA, A.E.; GADELHA, A.M.J.; SZWARCWALD, C.L. Padrão de comportamento relacionado às práticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2002. *Cadernos de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 207-216, 2005.

NEWCOMB, M.D. Identifying high-risk youth: prevalence and patterns of adolescent drug abuse. *NIDA Research Monograph*. n. 156, p. 7-37, 1995.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). *Preventing drug use among children and adolescents:* a research-based guide. Bethesda: NIH Publication, 2003.

NUCCI, L.; GUERRA, N.; LEE, J. Adolescent judgments of the personal, prudential, and normative aspects of drug usage. *Developmental Psychology*, v. 27, n. 5, p. 841-848, 1991.

PECHANKY, F.; SZOBOT, M.C.; SCIVOLETTO, S. Uso de Álcool entre Adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatológicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* v. 26, supl. 1, p. 14-17, 2004.

PIKO, B. Perceived social support from parents and peers: which is the stronger predictor of adolescent substance use? *Substance Use & Misuse,* v. 35, n. 4, p. 617-630, 2000.

PILLON, S. C.; LUIS, M. A. V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem,* v. 12, n. 4, p. 676-682, 2004.

REIS, J. C. K. *Prevenção do uso indevido de drogas em adolescentes: levantamento de pesquisas brasileiras publicadas no período de 1990-2007*. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=741&catid=44&Itemid=96>. Acesso em 03 jun 2012.

SANCHEZ, Z.V. D. M. *Razões que levam determinados jovens, mesmo expostos a fatores de risco, a não usarem drogas psicotrópicas.* 184f. 2004. Tese de Doutorado. Escola Paulista de Medicina, 2004.

SANCHEZ, Z.V. M.; OLIVEIRA, L. G; NAPPO, S.A. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade**.** *Ciência & Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 43-55, 2004.

SANTOS, E.O. *et al*. *Inter Science Plave.* Ano 4 - Nº 17 Abril/Junho – 2011.

SCHENKER, M; MINAYO, M. S. C. Fatores de risco e proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva.* v.10, n.3, p.707-717, 2005.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS - SENAD. *SUPERA: Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento: Módulo 3 – Detecção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas.* Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009.

SLOBODA, Z. (Ed.) *Epidemiology of Drug Abuse*. New York: Springer-Verlag, 2005.

SOARES, C.B.; JACOBI, P.R. Adolescentes, Drogas e AIDS: Avaliação de um programa de prevenção escolar. *Cadernos de Pesquisa,*. n. 109. p. 213-217, 2000

SOLDERA, M.; *et al* . Uso pesado de álcool por estudantes dos ensinos fundamental e médio de escolas centrais e periféricas de Campinas (SP): prevalência e fatores associados. *Rev. Bras. Psiquiatr.* São Paulo, v. 26, n. 3, p. 174-179, 2004.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas,* Ribeirão Preto, v. 3, n. 2, ago. p. 1-16, 2007

SUDBRACK, M. F. O. *et al* (Org.). *O adolescente e as drogas no contexto da justiça*. Brasília: Plano, 2003, p. 307.
TAVARES, B. F.; BERIA, J. U.; LIMA, M. S. Fatores Associados ao uso de Drogas Entre Adolescentes escolares**.** *Revista de Saúde Pública.* São Paulo, v.38, n. 6, p. 787-796, 2004.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). *World Drug Report.* 2008. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR_2008_eng_web.pdf>.

WANDEKOKEN, K.D.; SIQUEIRA, M.M. A relação familiar como fator de risco ou proteção para uso de drogas ilícitas. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde,*. v. 13, n. 4, p. 60-68. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2011. *Global status report on alcohol and health*. 2011.Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf>.

Recebido para publicação em abril/2013.
Versão definitiva em junho/2013.
Suporte financeiro: não houve.
Conflito de interesse: inexistente.

Vicissitudes do trabalho de grupo entre profissionais de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas

Vicissitudes in group work among health professionals of the Psychosocial Care Centers - Alcohol and Drugs

Elem Guimaraes dos Santos[1], Marluce Miguel de Siqueira[2]

[1] Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) – Vitória (ES), Brasil. elemsantos@hotmail.com

[2] Pós-Doutora pela Universidade do Texas. Professora Associada III do Departamento de Enfermagem da Ufes e do PPGSC-UFES. Coordenadora de Pesquisa do CEPAD-UFES. maluce.siqueira@ufes.br

RESUMO: Este estudo teve por objetivo descrever a assistência grupal prestada pelos profissionais nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Os grupos constituem importantes estratégias no atendimento aos usuários de substâncias psicoativas, sendo práticas cada vez mais utilizadas nesses contextos. Os grupos recebem diversas designações, são coordenados por profissionais de diferentes áreas e seu funcionamento se dá através de metodologias diversificadas, que dependem da finalidade, do contexto, do referencial adotado pelo profissional de saúde ou ainda da sua experiência clínica.

PALAVRAS CHAVE: Centros de Atenção Psicossocial; Terapia de Grupo; Álcool; Drogas.

ABSTRACT: *The objective of this study was to describe the joint assistance provided by the professionals in the "Centers for Psychosocial Attention to Drugs and Alcohol Users" (CAPS-AD). The groups constitute important strategies in the caring of the psychoactive substance users, being practices increasingly used in these contexts. The groups received different names, are coordinated by professionals from different areas and their operation is through diverse methodologies, depending on the purpose, context, theoretical adopted by the health professional or from their clinical experience.*

KEYWORDS: *Psychosocial attention center; Group therapy; Alcohol; Drugs.*

Introdução

Cada vez mais se verifica a utilização de grupos na assistência dos serviços de saúde. Profissionais provenientes de diversas áreas do conhecimento empregam recursos da atividade grupal em seus campos de trabalho, dentre elas, as áreas da Saúde, Humanas, Ciências Sociais, Artes, Administração, entre outras. Na área da saúde, o grupo tem sido empregado de diversas maneiras, por exemplo, como estratégia de demanda, ou seja, como forma de alocação dos recursos assistenciais para responder ao elevado número de procura por atendimentos; como estratégia de transferência de informações sobre determinados procedimentos e doenças; como práticas alternativas para a compreensão crítica acerca das condições de vida e saúde dos sujeitos como protagonistas no processo de saúde; ou ainda, como dispositivo que favoreça a emergência de modos singulares de existência ou de subjetividades; enfim, são várias as estratégias utilizadas como meio para operacionalizar os processos de trabalho em grupo na saúde, com base nas necessidades e demandas dos sujeitos e nos referenciais que os profissionais adotam em suas práticas, o que aponta para uma ação interdisciplinar dos saberes e práticas profissionais (BARROS, 2007; MAFFACCIOLLI, 2006; ZIMERMAN, 2000).

Sabe-se que, historicamente, o campo da saúde pública passou por importantes transformações no modelo de atenção à saúde, legitimando as ações assistenciais em práticas voltadas para a promoção da saúde articuladas às estratégias mais amplas de construção da cidadania e de transformação da cultura da saúde. Outras transformações também ocorreram no âmbito da saúde mental, configurando-se na reforma psiquiátrica brasileira, que apontou a construção do paradigma psicossocial, impulsionando o delineamento de diferentes práticas e intervenções para o atendimento às pessoas com transtornos mentais. Contudo, as reformulações não foram somente no âmbito da política ou na reorientação do modelo de atenção, mas também na formação e na prática dos profissionais envolvidos nessa assistência.

Na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, desde o início do século XIX, diferentes modelos e abordagens foram elaborados para o tratamento e reabilitação dessa demanda, por constituir uma clientela peculiar, uma vez que difere em suas características pessoais, padrões de consumo, motivações para o uso de droga, realidades psíquicas e perfil socioeconômico e cultural. Diante disso, as atividades grupais têm sido uma das abordagens de intervenção mais adotadas nos serviços de saúde mental que compõem a rede de assistência aos usuários de substâncias psicoativas e, nesse contexto, inserem-se os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPSad (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997).

Os CAPSad foram criados pelo Ministério da Saúde e oferecem atendimento à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, álcool e outras drogas. Essa clínica tem sido considerada um grande desafio para a saúde pública, nos tempos modernos. Considerado um importante dispositivo para acompanhamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas tornando-se o regulador da porta de entrada e referência para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, o CAPSad desenvolve ações que contemplam desde a assistência no nível primário de saúde até a reabilitação e reintegração dos usuários de álcool e outras drogas na comunidade, sendo operacionalizado por uma equipe multiprofissional que se utiliza de várias estratégias no cuidado a essa clientela (BRASIL, 2004).

Dentro desse contexto, faz-se necessário conhecer como as equipes que atuam nesses serviços lidam com as novas estratégias de assistência em saúde, especificamente, as estratégias grupais. De fato, há uma escassez de elementos indicativos para se conhecer o panorama em que essas atividades se apresentam e também as condições em que se desenvolvem e a sua efetividade nos serviços de saúde. Este estudo tem por objetivo descrever a assistência grupal prestada nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, compreendendo as concepções de grupo, as metodologias adotadas nos grupos, as dificuldades encontradas pelos profissionais e a preparação destes para desenvolver o processo grupal.

Metodologia

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO E CENÁRIOS DA PESQUISA

Esta pesquisa caracterizou-se como um estudo exploratório-descritivo, do tipo qualitativo. O estudo foi realizado nos CAPSad que compõem a rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas no Estado do Espírito Santo.

PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram entrevistados 17 profissionais de nível superior que atuavam ou coordenavam as atividades grupais dos CAPSad de diversas categorias profissionais, dentre eles, psicólogo, enfermeiro, assistente social, musicoterapeuta, arteterapeuta, artista plástico, terapeuta ocupacional e farmacêutico.

PROCEDIMENTOS

Inicialmente foi feita uma pesquisa documental para colher dados, registros históricos dos cenários estudados, através da busca por documentos disponíveis on-line e nos acervos das prefeituras municipais. A coleta do material foi realizada nos meses de junho a agosto de 2009. A técnica de investigação escolhida para a coleta do material foi a entrevista semi-estruturada. Para a construção dos dados, foi utilizado um roteiro-guia de entrevista com questões abertas e fechadas que contemplou as informações necessárias para a exploração do objeto de pesquisa. Todo o material qualitativo após a transcrição das entrevistas foi submetido a análise de conteúdo proposta por Bardin (2006), operacionalizadas através da fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação, que resultou em quatro categorias de análise, a saber: 1) concepções de grupo, 2) metodologias adotadas nos grupos, 3) dificuldades encontradas nos grupos e 4) formação e preparação profissional para o trabalho com grupos, que foram relacionadas ao referencial teórico.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (protocolo nº055/09) e todos os procedimentos foram conduzidos conforme os dispositivos da Resolução nº 196/96. Além disso, a pesquisa foi submetida à anuência das Secretarias Municipais de Saúde, sendo devidamente autorizadas.

Resultados e Discussão

CARACTERIZAÇÃO DAS ATIVIDADES GRUPAIS

No tocante as atividades grupais, observou-se uma diversidade de ofertas terapêuticas e denominações diferenciadas nos grupos desenvolvidos nos CAPSad, sendo chamados de grupos de acolhimento, acompanhamento, oficinas terapêuticas e assembléias (Figura 1).

Os *Grupos de Acolhimento* são considerados a porta de entrada do serviço. É um grupo voltado para recepção dos usuários que buscam o serviço pela primeira vez, por demanda própria ou por encaminhamento dos serviços de saúde, da justiça ou por outros serviços. Nesse grupo, apresenta-se o funcionamento do serviço, colhe-se a história de vida, traça-se o projeto terapêutico e são feitos os encaminhamentos necessários, permitindo que o usuário também expresse suas expectativas e demandas. São grupos voltados para o diálogo e escuta e tem por objetivo fazer uma anamnese geral dos usuários que chegam ao serviço, para, posteriormente proceder aos encaminhamentos necessários.

Os *Grupos de Acompanhamento* são considerados grupos terapêuticos mais específicos voltados para clientelas e demandas específicas. São grupos classificados segundo a faixa etária (grupo de adolescentes, grupo de 18 a 25 anos, grupo acima de 45 anos), gênero (grupo de mulheres, grupo de homens) e em alguns serviços são classificados segundo a utilização de um tipo de droga (grupo de álcool, grupo de múltiplas drogas). Nesses grupos, várias estratégias são utilizadas abordando temas diversos, é um grupo de discussão e reflexão, que se utiliza do diálogo, de dinâmicas e técnicas para gerar algum tipo de discussão.

Figura 1. Atividades Grupais Desenvolvidas nos CAPSad

ATIVIDADES GRUPAIS	CAPS A	CAPSad B	CAPSad C
GRUPOS DE ACOLHIMENTO	Grupo de Acolhimento	–	Grupo de Acolhimento de Múltiplas Drogas
	Grupo de Acolhimento e Acompanhamento		
GRUPOS DE ACOMPANHAMENTO	Grupo de Mulheres	Grupo de Mulheres	Grupo de Álcool para homens
	Grupo Terapêutico de Atividades	Grupo de 25 a 45 anos	Grupo de Mulheres
	Grupo Vivencial	Grupo acima de 45 anos	Grupo de Adolescentes
	Grupo de Tabagismo	Grupo de Adolescentes	Grupo de Família
	Grupo de Adolescentes	Grupo de família	Grupo de familiares de adolescentes usuários de drogas
	Grupo de Movimento	Grupo de 18 a 25 anos	Grupo de Múltiplas Drogas
	Grupo de Família		
OFICINAS	Oficinas temáticas para homens	Oficinas de Artesanato	Oficina de Gênero
	Oficina de Arteterapia	Oficina de Cidadania	Oficina de Horta
	Oficina de Musicoterapia e Arteterapia	Oficina de Literatura	Oficina de Música
	Oficina de Literatura	Oficina de Passeio	Oficina de Arte
	Oficina de Musicoterapia	Oficina de Filme	Oficina de Saúde
	Oficina de Poesia	Oficina de Saúde	Oficina de Cidadania
	Oficina de Teatro		Oficina de Filme
	Oficina de Filme e Jornal		Oficina de Educação Física
ASSEMBLÉIAS	Assembléia com usuários		

Fonte: Elaboração Própria

As *Oficinas* são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPSad. São atividades da atenção diária, voltadas para usuários que necessitam de uma atenção mais intensiva. São consideradas atividades grupais de socialização, expressão e inserção social. Diferenciam-se dos grupos de acolhimento e acompanhamento pela freqüência das atividades que são mais intensas. As oficinas podem ter um caráter produtivo (possibilitando o aprendizado de atividades que podem servir para geração de renda), educativo (aprendizagem de alguma técnica ou habilidade), terapêutico (espaço de reflexão, expressão corporal, expressão artística, transformação e criação) informativo ou expositivo.

As *Assembléias* são reuniões mensais realizadas nos serviços, que envolvem usuários, técnicos e familiares, com o intuito de discutir sobre temáticas relacionadas à estruturação do serviço, ao atendimento prestado pela equipe, as demandas dos usuários, à organização do serviço, às queixas e sugestões para a melhora do serviço, entre outras, sendo que todos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos juntos.

De modo geral, nota-se que o atendimento prestado no âmbito das atividades grupais se dá de diversas maneiras, dependendo da modalidade de atenção (intensiva, semi-intensiva ou não-intensiva) demandada pelo usuário do serviço.

ATIVIDADES GRUPAIS: DA CONCEPÇÃO À FORMAÇÃO

Após a transcrição e análise de todo o material chegou-se a quatro categorias analíticas, que permitiram descrever as principais concepções de grupo, as metodologias utilizadas, as dificuldades e desafios encontradas no trabalho com grupos e a formação e preparo do profissional para o desenvolvimento dessa prática.

1- Concepção de grupo

O conceito de grupo é discutido por inúmeros autores, e pode designar diferentes conceituações a depender do contexto em que é utilizado. Como assinala Zimerman (2000) "[...] é muito vaga e imprecisa a definição do termo 'grupo', pois pode designar conceituações muito dispersas, num amplo leque de acepções" (p. 82). Nos cenários estudados, o termo grupo esteve associado principalmente à reunião de pessoas ligadas por um mesmo objetivo ou por uma mesma problemática, que neste caso, é o uso da droga. "Grupo é a interação entre pessoas para um objetivo" (SUJEITO O). "Grupo é um conjunto de pessoas, são pessoas completamente diferentes, mas que por algum motivo elas tem algum objetivo em comum [...]" (SUJEITO F).

O termo "grupo" aponta certa ambigüidade, não sendo um mero somatório de pessoas. No entanto, um dos principais requisitos que caracterizam um grupo é o objetivo em comum e a necessidade de haver alguma interação entre os indivíduos. Conforme Zimerman (2000) o que caracteriza um grupo é que todos os integrantes "[...] estão reunidos em torno de uma tarefa e de um objetivo comum" (p. 83). Do ponto de vista de Osório (2000) o grupo pode ser um conjunto de pessoas que estão ligadas por interesses em comum, numa ação interativa e compartilhada, mas para que se configure verdadeiramente um grupo é necessário que haja alguma interação entre os indivíduos. Para Pichón-Riviere (2005), o grupo é um conjunto de pessoas, ligadas pelo tempo e espaço, que se propõem a realização de uma tarefa ou uma finalidade. As concepções relatadas pelos profissionais que coordenam os grupos nos CAPSad se aproximam muito das características básicas de um grupo – a interação e o objetivo em comum. O fato de pessoas estarem ligadas por uma problemática em comum (no caso dos CAPSad – o uso da droga) pressupõe a finalidade ou a tarefa.

Algumas falas assinalaram concepções de grupo como estratégia ou instrumento de trabalho para atendimento à demanda, para a dinamização do trabalho e viabilização do processo terapêutico.

> *[...] o grupo é uma estratégia de atendimento que nós criamos para poder atender a demanda, que é muito grande, porque se fossemos atender individualmente, não daríamos conta, não teríamos horários nas agendas para atender todo mundo (SUJEITO L).*

> *Grupo pra mim é um instrumento de trabalho que a gente usa, é um dos recursos que a gente usa dentro desse processo terapêutico (SUJEITO E).*

Do ponto de vista de Maffacciolli (2006) as atividades grupais podem ser uma forma de sistematizar a assistência. Sua funcionalidade pode estar "[...] atrelada, além dos aspectos de tratamento, a uma forma de manejar o elevado número de procura por atendimentos" (p. 22). Segundo Bordin *et al.*, (2004) o grupo é uma alternativa viável e efetiva, pois atende um maior número de pessoas, em menor tempo, com baixo custo. Isso pode ser considerado como uma das vantagens que o trabalho de grupo oferece, mas pensar o grupo somente com esse enfoque é reduzir essa estratégia a uma visão simplista, que não comprova seu grande potencial terapêutico e transformador. De outro modo, Maffacciolli (2006), numa concepção diferente, revela que as atividades grupais podem ser instrumentais metodológicos potenciais ou ferramentas eficazes, capazes de viabilizar, através do vínculo entre usuário e profissional, a compreensão das situações de vida e do processo saúde-doença dos indivíduos. Nesse sentido, ao reconhecer o grupo como ferramenta terapêutica assistencial pressupõe entendê-lo como espaço de escuta, troca, discussão, de compartilhamento de experiências,

e por isso, um espaço muito rico). Isso foi evidenciado nas falas de alguns profissionais entrevistados.

> *[...] o grupo é um espaço muito rico de discussão, de escuta, de troca, porque são várias pessoas com vivências diferentes, momentos diferentes [...] (SUJEITO L).*

> *[...] o grupo é uma estratégia de atendimento e também um espaço para partilhar experiências [...] (SUJEITO L).*

Os grupos proporcionam uma partilha de experiências, de sentimentos com outras pessoas, que possibilita o desempenho social do indivíduo na comunidade (SCHUCKIT, 1998). A finalidade do grupo como espaço é propiciar um ambiente em que as pessoas possam falar de seus medos, anseios, angústias, fantasias acerca do que estão vivenciando em suas vidas, privilegiando ainda a troca de experiências. Essas trocas se dão em diversos sentidos, o que torna esse espaço rico. Segundo Mello (2002) "o trabalho em grupo merece ser estimulado como um espaço onde as trocas se dêem em diversos sentidos, tornando o processo mais rico e contribuindo para a formação de vínculo entre as participantes" (p.15).

De modo geral, verificou-se que as concepções de grupo dos entrevistados confluem para as características básicas da constituição de um grupo com relação a sua finalidade (objetivo em comum), a troca e a interação que se estabelece, que constituem o cerne do processo grupal.

2- Metodologias adotadas nos grupos

As metodologias adotadas nos grupos foram relacionadas aos principais fundamentos técnicos que devem ser considerados ao se desenvolver grupos. Com relação ao funcionamento do grupo foram levados em consideração alguns elementos do enquadre grupal. Esses elementos estão relacionados com a seleção do público e com a composição dos grupos. No que se refere à composição, os grupos podem ser abertos ou fechados, homogêneos ou heterogêneos. Os grupos abertos são grupos em que não há prazos de término previamente fixados e ainda há possibilidade de entrada de novos membros (sempre que houver vagas). Nos grupos fechados são estabelecidos algumas regras que a entrada de novos membros não é permitida, o que favorece a criação de vínculos, confiança e afeto entre os componentes. Nesses grupos, o delineamento do processo grupal se mantém tanto na sua constituição como na duração, que são pré-determinadas (OSÓRIO, 2000). Com relação aos grupos homogêneos, estes são formados a partir de semelhanças Com relação à idade, ou sexo, diagnóstico, tipo de droga etc. Nos grupos heterogêneos há uma composição variada por sexo, idade, doença, raça, cultura etc.

Nos cenários estudados, as experiências apontam maiores sucessos quando os profissionais optam pelos grupos abertos. A opção por esses grupos foi relatada em todas as falas dos sujeitos e parece, em todas elas, atrelada às características do público atendido.

> *[...] a gente trabalha com grupo aberto de pessoas, não é um grupo fechado, por exemplo, está sempre, quer dizer, toda semana pode entrar gente diferente, e a gente conversa isso, deixa claro as regras [...] (SUJEITO E).*

> *[...] o grupo é aberto, é dividido por faixa etária e por gênero, masculino e feminino, e faixa etária [...] (SUJEITO O).*

Experiências com grupos fechados não foram bem-sucedidas.

> *[...] inicialmente a gente pensou numa proposta de grupo fechado e não funciona, não rola porque no final das contas só tinha um paciente porque eles vão desistindo, entendeu, aí não vem, entram outros, aí não podia entrar outros porque a gente tinha uma proposta, aí não deu certo esse grupo [...] (SUJEITO I).*

Sabe-se que um dos principais desafios no tratamento aos usuários de drogas é a questão da recaída, ou seja, a retomada do usuário ao antigo padrão de

consumo (MARLATTI; GORDON, 1993). Isso faz com que iniciem, interrompem e reiniciam novamente o tratamento.

> *"[...] nessa clínica eles vem e param, vem e param e, muitas vezes nem vem e fica [...] é característico desses usuários mesmo [...]" (SUJEITO I).*

Esse processo que acontece no grupo, por características, muitas vezes, próprias da clientela atendida nos CAPSad, gera um certo mal-estar, uma frustração e sensação de fracasso nos profissionais, que foi referida no depoimento de um entrevistado.

> *[...] por conta deles estarem sob a influencia de uma substancia, tem época que a presença no grupo é altíssima, tem época que grande parte deles somem e pra mim ainda é uma coisa, assim, que ainda estou trabalhando [...] é muito doloroso você vir caminhando com uma pessoa durante meses e de repente ela chega e está acabada, todo aquele tempo vai embora e ela está toda arrasada, fez mil besteiras, está na rua de novo, entendeu, e isso é uma coisa, que lidar, pra mim, é muito doloroso [...] (SUJEITO H).*

O trabalho com usuários de substâncias psicoativas parece ser muito difícil para o terapeuta, principalmente por essas características inerentes a droga, que interferem na relação entre paciente e terapeuta e na evolução do tratamento. Como assinala Bordin et al., (2004), "[...] os terapeutas consideram difícil trabalhar com um pacientes que abusa de substâncias. Há sempre o risco de ele abandonar a terapia prematuramente" (p. 38).

No tocante à estrutura do grupo (homogêneos e heterogêneos), houve variações. Alguns profissionais utilizam grupos homogêneos, outros heterogêneos. Os grupos heterogêneos são mais característicos das oficinas, pela sua finalidade, demanda e freqüência diária com que acontecem. Com relação aos grupos de acolhimento e acompanhamento, algumas considerações são importantes. Os grupos homogêneos, nos CAPSad, são divididos por gênero (homens ou mulheres) ou por faixa etária (adolescentes ou adultos ou homens de 25 a 45 anos ou ainda homens acima de 45 anos) ou ainda pelo tipo de droga (alcoolistas, usuários de múltiplas drogas). Com relação à heterogeneidade desses grupos, é válido destacar a grande diversidade de pessoas com níveis sociais e realidades diferentes que compõem os grupos nos CAPSad, que geram algumas dificuldades para os profissionais lidarem com isso no grupo, se tornando um grande desafio. Muitas dessas dificuldades foram referidas pelos profissionais.

> *[...] a gente tem uma dificuldade Com relação aos pacientes, é um mix grande, paciente de abrigo, paciente de classe média, mora em Jardim da Penha, mora na Praia do Canto, esse já tem outro referencial, ainda tem alguém por ele, aí vem um paciente que está na rua, está em risco social, está tomando álcool e de posto de gasolina e não tem nada por ele, nem ninguém por ele, aí no grupo a gente não escolhe, chega tudo junto, a demanda é muito grande e a gente tem que fazer malabarismos (SUJEITO J).*

Há que se ter alguns cuidados com relação à composição dos grupos. Num grupo muito homogêneo, o nível de interação pode se dá apenas no plano superficial, não gerando tantas discussões e reflexões. Por outro lado, um grupo muito heterogêneo pode gerar algumas dificuldades e conflitos na interação e no entrosamento dos participantes, e cabe ao coordenador saber lidar com essas dificuldades. Tanto o grupo homogêneo quanto o heterogêneo, se bem estabelecidos seu funcionamento, se bem explorados e conduzidos, podem gerar discussões muito ricas e permitir que o grupo cresça em maturidade.

Com relação aos recursos e técnicas utilizadas nos grupos verificou-se o uso de diferentes recursos como dinâmicas, música, contos, imagens, materiais expressivos, arte, pintura, modelagem, desenho, teatro, recursos audiovisual, textos, filmes, entre outros.

> *Eu utilizo muitos contos, trabalho com imagens, mais materiais mesmo expressivos, são de*

arte, pintura modelagem, desenho e algumas dinâmicas [...] (SUJEITO F).

[...] a gente trabalha muito com a atividade, no grupo eu uso atividade de tudo, a gente trabalha com poesia, a gente trabalha com revistas, a gente trabalha com argila, com pintura, com desenho, com mosaico então assim é um grupo de atividades (SUJEITO I).

Observou-se que o uso desses recursos depende, muitas vezes, da finalidade do grupo, do que o grupo demanda e do referencial em que o profissional se baseia para realizá-lo.

Alguns entrevistados referiram se apropriarem de técnicas como as do psicodrama (jogos, dramatizações), da arteterapia (técnicas expressivas e vivências) e da psicoterapia corporal (toque, respiração, postura e movimentos específicos) para o desenvolvimento dos grupos. "[...] a gente utiliza técnicas do psicodrama e da arteterapia [...]" (SUJEITO G).

"[...] eu uso muito técnicas da psicoterapia corporal" (SUJEITO Q).

O uso dessas técnicas confere aos grupos um espaço rico de interações, favorece um processo de conscientização, sensibilização e a percepção de sentidos, vivências de papéis, expressão de sentimentos e ainda o processo de ensino-aprendizagem. Dentro desse contexto, pode-se atribuir que a utilização dessas técnicas esteja intimamente ligada aos pressupostos teóricos em que os profissionais se baseiam. Maffacciolli (2006) ressalta que é "[...] preciso envolvimento e bom senso do profissional para utilizar os recursos da forma mais criativa possível" (p.70), mas o uso desses recursos, por si só, não garante "[...] o pleno desenvolvimento das práticas de grupo" (p. 70), apontando que os fundamentos para o processo grupal devem estar atrelados às finalidades do grupo, e o que deve prevalecer é a interação e as formas de comunicação estabelecidas entre os participantes.

Notou-se ainda que os profissionais se referiram muito ao uso de "dinâmicas de grupo" como uma técnica grupal.

[...] a gente procura fazer várias dinâmicas [...] (SUJEITO C).

[...] às vezes eu trago algumas dinâmicas já estabelecidas dentro de algo que eu quero trabalhar com eles, mas em geral eu deixo dentro do assunto que surge, até pra ver como é a dinâmica desse grupo, como que ele está funcionando [...] (SUJEITO Q).

Esse termo, proposto por Lewin (1965), tem sido muito aplicado, atualmente, sendo reduzido, muitas vezes, a mera técnica de integração, interação, animação, apresentação e entrosamento do grupo, diferente do que Lewin construiu como teoria para entender o campo psicológico de um grupo como um campo dinâmico de forças, estabelecendo um referencial acerca do processo grupal. Nesse sentido, o que se observa nas falas dos sujeitos é a utilização da dinâmica de grupo como técnica em si mesma, ou como um meio para se alcançar uma resposta, ou ainda como forma de mobilizar o grupo. Andaló (2001) coloca a necessidade de se ampliar o saber na área do desenvolvimento de grupos para não haver banalizações desse cunho tecnicista, destacando que a falta de uma estruturação e sistematização das atividades de grupo pode ser resultado desses problemas.

Com relação ao referencial adotado pelos profissionais ao desenvolver os grupos, observou-se uma diversidade de abordagens que embasam suas práticas, não seguindo um único referencial. "[...] eu utilizo vário referenciais, eu não sigo uma linha, por exemplo, áh eu só faço grupo operativo [...] eu não sigo uma linha só, depende do grupo, até porque pela diversidade de grupos que eu faço [...]" (SUJEITO I).

O referencial adotado pelos profissionais no grupo serve de sustentação para a escolha de técnicas

adequadas para a intervenção e manejo do processo grupal. Sabe-se que o grupo é um objeto de estudo que se configura no entrelaçamento de diferentes e, muitas vezes, contraditórios esquemas teóricos. Conhecer o referencial teórico-metodológico adotado pelos profissionais significa entender como este conduz o processo grupal. De modo geral, observou-se que os profissionais não seguem um único referencial, mas a necessidade e a demanda do grupo os fazem procurar diferentes metodologias e aplicações na prática grupal, no entanto, a formação do profissional pode influenciar na escolha dessa metodologia e, consequentemente, na sua prática grupal. São muitas as abordagens direcionadas para o tratamento dos usuários de substâncias psicoativas, portanto, nesse estudo, os principais referenciais assinalados pelos entrevistados foram a terapia cognitivo-comportamental, os grupos operativos, os protocolos do Ministério da Saúde, a psicanálise, entre outros.

> *[...] a abordagem cognitivo-comportamental é simples de ser aplicada e é bem diretiva [...] é a busca pelo auto manejo, da própria pessoa estar identificando quais são os pontos fracos dela, quais são as dificuldades que ela tem para se manter afastada da droga, o que ela tem que fazer, agir estrategicamente nisso [...] (SUJEITO M).*

> *Minha leitura é da psicanálise (SUJEITO O). A minha história com grupo é longa, então assim, eu tenho bastante coisa que já estudei de grupo operativo, de Pichón-Riviére, eu vejo essa questão do grupo, dentro dessa vertente, do grupo operativo [...] (SUJEITO O).*

> *Eu me baseio no Ministério da Saúde, eu pego o protocolo do ministério [...] (SUJEITO N).*

> *[...] talvez eu use até um pouco de Paulo Freire, vou dizer o porquê. Eu acredito muito, eu faço grupo muito a partir da realidade, da história de cada um, então é muito no construtivismo naquela questão assim: me fale um pouco sobre a sua história e a partir daí nós vamos tentar conversar [...] (SUJEITO E).*

3- Dificuldades encontradas nos grupos

As dificuldades apontadas pelos profissionais foram relacionadas, principalmente ao profissional, aos usuários, à falta de recursos e aquelas ligadas ao processo grupal. Com relação aos profissionais, a falta de preparação destes para trabalhar com grupos, principalmente para aqueles que são iniciantes por conta da inexperiência, certa ansiedade e resistência podem ser observadas, que podem levar à evasão ou ao término do grupo. Outras dificuldades pessoais como a falta de motivação e impaciência para trabalhar com o processo grupal também foram apontadas como dificuldades relacionadas ao profissional.

> *[...] eu vejo que há uma resistência até do próprio profissional em trabalhar com grupo porque não sabe lidar, então eu acho que é mais uma questão de formação (SUJEITO G).*

> *No início, quando era novidade pra mim, eu nunca tinha feito grupo, então eu tinha muito medo, receio, resistência [...] (SUJEITO D).*

> *[...] eu não tenho muita paciência para lidar com isso, por isso que eu não gosto de grupo (SUJEITO N).*

> *Tenho dificuldades pessoais, por não gostar de trabalhar com grupos [...] (SUJEITO N).*

Zimerman (2000) coloca alguns atributos indispensáveis para um coordenador de grupo, dentre eles destaca o "gostar e acreditar em grupos" que se refere à motivação do profissional para lidar com os grupos e a "paciência" como atitude ativa do coordenador, um tempo de espera de cada um no grupo.

Com relação aos usuários também foram apontadas algumas dificuldades que se apresentam como resistências para que o processo grupal se desenvolva. "As pessoas que chegam pela primeira vez chegam

preocupadas, com medo, ansiosas, então no primeiro momento, a gente tenta quebrar esse... construir esse vínculo" (SUJEITO M). É necessário que o coordenador possa reconhecer contra quais ansiedades emergentes no grupo uma determinada resistência se organiza (medo da situação nova, de não ser reconhecido como igual aos outros e de não ser aceito por esses, do risco de vir a passar vergonha e humilhações). É importante que o coordenador saiba fazer a discriminação entre essas resistências e angústias, reconhecendo se elas são obstrutivas ao funcionamento do grupo ou simplesmente revelam um mecanismo de defesa da pessoa; se a resistência é da totalidade do grupo, de subgrupos ou de indivíduos (ZIMERMAN, 2000).

Outra dificuldade assinalada pelos entrevistados foi a falta de recursos, tanto os relacionados à estruturação física do serviço (espaço físico), como aqueles relacionados a falta de estruturação da rede e à falta de material.

> *[...] uma dificuldade é acomodar todo mundo numa sala só, porque não tem como, o espaço físico é precário (SUJEITO N).*

> *A gente tem dificuldades em espaço físico, porque não é um local que foi construído para isso, então as salas são pequenas, não é arejado, adequado [...] outra coisa é a falta de material, nós temos poucos materiais, principalmente quando você faz uma vertente dessa questão do grupo operativo, é legal você trazer algumas coisas diferentes pra eles produzirem [...] então isso limita um pouco (SUJEITO B).*

De modo geral, constatou-se que os cenários investigados não contavam com condições adequadas para a realização das atividades de grupo, como descritas nas diretrizes de estruturação dos CAPSad. Verificou-se que a maioria dos CAPSad pesquisados não estão estruturados com as condições mínimas conforme as normalizações da Política de Saúde Mental do Estado. A falta de materiais também foi outra dificuldade para a realização dos grupos relatada pelos profissionais. As maneiras de enfrentamento dessas dificuldades adotadas pelos profissionais são criativas e adaptativas, mobilizadas através de investimentos pessoais, criatividade e improvisações.

> *"[...] a gente tem dificuldades, muitas vezes, institucionais, falta de recursos em algumas oficinas [...] acaba que às vezes a gente faz um 'investimento pessoal' mesmo [...]" [grifo nosso] (SUJEITO F).*

Outra questão apontada pelos entrevistados foi a falta de estruturação da rede de atendimento aos usuários de álcool e outras drogas para fazer os encaminhamentos necessários.

> *"Às vezes, a gente precisa encaminhar algum usuário para outro tipo de serviço, para a internação, e é muito difícil conseguir alguma vaga, pois falta uma estruturação de toda a rede" (SUJEITO J).*

A rede de atenção em saúde mental, no Estado, ainda é muito frágil e encontra-se em fase de implementação, o que impõe muitos desafios para a efetivação da política estadual de saúde mental, álcool e outras drogas.

Outras dificuldades estavam relacionadas ao processo grupal. A rotatividade e a coesão nos grupos foram apontadas como dificuldade, principalmente, porque gera certa frustração no profissional e descontinuidade do trabalho.

> *[...] é muito rotativo, às vezes você tem dois ou três pacientes que são aqueles que vem, que acompanha, que fica muito tempo e tal, agora, a maioria começa, para e volta, então isso gera uma dificuldade no trabalho, porque você não tem uma continuidade, você, muitas vezes, não consegue acompanhar a evolução desse paciente ou quando ele já está melhor, ele acaba recaindo [...](SUJEITO I).*

> *[...] o grupo não é coeso, cada um fala uma coisa e é muita fala ao mesmo tempo e não chega a conclusão nenhuma, acho que pelo fato de não saber lidar com isso no grupo (SUJEITO N).*

Por características próprias da clientela, como já assinaladas anteriormente é que ocorre essa rotatividade no grupo. A questão da recaída é algo esperado em todo tratamento para dependentes químicos (MARLATTI; GORDON, 1993; BORDIN et al., 2004). Cabe ao profissional aprender a lidar com essa recaída e estabelecer um contrato terapêutico e o enquadre grupal que dê conta das questões que aparecem no decorrer do grupo.

4- Formação e preparação do profissional para o trabalho com grupos

A importância de se conhecer a formação do profissional e sua experiência com grupos pressupõe compreender a maneira como essa formação influencia sua prática (MAFFACCIOLLI, 2006). Ao questionar os profissionais sobre sua formação como forma de embasar sua prática grupal, várias falas assinalaram que a formação, muitas vezes, não é suficiente para o desenvolvimento na prática, mas a experiência clínica favorece um grande aprendizado da realidade.

> *"[...] na minha formação eu não tive nada de grupo, nem teórico e muito menos prático, então pra mim foi uma dificuldade muito grande [...]" (SUJEITO D).*

A experiência com os usuários de substâncias psicoativas coloca os profissionais diante de inúmeros desafios. Em primeiro lugar, trabalhar numa perspectiva diferente daquela aprendida na formação, altamente prescritiva e centrada na doença.

> *[...] a minha formação foi bem curativa, para trabalhar em hospital [...] éramos bem preparados para trabalhar em hospital, não tinha outro caminho [...] (SUJEITO D).*

> *[...] nossa formação na faculdade é uma formação muito voltada para métodos, essa sim é a formação da área de saúde, nós aprendemos coisas que tem uma descrição técnica [...] (SUJEITO J)*

Em segundo lugar, enfrentar seus medos, anseios e insegurança para lidar com uma abordagem pouco vivenciada na formação.

> *"Quem já tem alguma noção, uma vivência em grupo vai facilitar, mas quem não tem, tem dificuldades, ele precisa se engajar no trabalho e não sabe como fazer" (SUJEITO G).*

Em terceiro lugar, aprender com a experiência e buscar, por si só, fundamentos teóricos e referenciais básicos para entender o processo grupal, e principalmente com uma clientela tão específica.

> *[...] eu acho que a própria experiência foi me capacitando, tive que correr atrás do conhecimento sozinha porque álcool e drogas é muito específico [...] a própria vivência foi me fazendo com que me sentisse preparada para isso [...] (SUJEITO F).*

> *Eu aprendi mais na prática mesmo (SUJEITO M).*

> *Para aqueles que já tem uma formação que lhes dá base para trabalhar com grupos, o desafio é associar toda teoria à prática. "[...] toda teoria que você aprende da faculdade se esbarra com uma prática bastante complexa [...]" (SUJEITO O).*

Ao questionar sobre a preparação do profissional para lidar com grupos, as respostas estiveram, em sua maioria, associadas à busca constante por conhecimento.

> *Acho que a gente nunca está preparado [...] a gente sempre tem que estar aberto para aprender [...] mas a maior experiência vem com a prática (SUJEITO M).*

> *[...] eu acho que é sempre um aprendizado [...] é um serviço que todo dia você tem um desafio, então você tem que estar sempre buscando, sempre estudando, eu quero nunca falar que estou*

totalmente preparada pra trabalhar com qualquer coisa [...] (SUJEITO I).

O trabalho com grupo exige do coordenador um preparo e habilidades particulares, uma vez que ele deve estar envolvido com a atividade desde a sua concepção até a avaliação. Por isso, há uma necessidade de se investir em capacitações e formações profissionais contínuas. No entanto, a prática do terapeuta mostrou ser importante nesse processo de formação, visto que fornece informações relevantes quanto à realidade do processo clínico.

Considerações Finais

Nesse estudo, pode-se constatar que o trabalho de grupo entre profissionais de saúde dos CAPSad recebe uma diversidade de designações, concepções, metodologias e referenciais. Isso também foi visto na literatura, que não há um consenso com relação a essas concepções. O grupo enseja essa miscelânea de conceitos, recursos, vertentes, concepções, que favorecem uma certa ambigüidade. Cabe ressaltar, ainda, que é própria da clínica psicossocial essa diversidade conceitual, o que torna um campo interdisciplinar, repleto de múltipla produção de subjetividades, saberes, intervenções e práticas (FERREIRA, 2010).

Além disso, os profissionais apontaram algumas dificuldades encontradas no trabalho com grupos, dentre elas, a forma de condução do processo grupal, manejo das resistências, a falta de adesão dos usuários, a rotatividade dos mesmos, a falta de motivação do profissional para se engajar nessa atividade, a falta e precariedade dos recursos mínimos e a falta de uma formação que dê ao profissional, minimamente, uma base para o trabalho com grupos. Observa-se que as dificuldades apresentadas foram inerentes ao processo grupal, ao profissional, à instituição e à clínica psicossocial na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, corroborando com o que a literatura apresenta. Com relação à formação do profissional, vale destacar, que ainda há uma formação muito prescritiva e centrada na doença diferente do novo modelo de atenção à saúde, e ainda há uma escassez da inclusão do campo psicossocial nos currículos de formação acadêmica. E para o profissional, trabalhar numa ótica diferente daquela aprendida na formação acadêmica se torna um grande desafio.

Conclui-se que a experiência e os desafios da utilização dos grupos são ainda assuntos pouco explorados, constatando-se poucas comunicações ou publicações sobre experiências com grupos ou ainda uma escassez de metodologias de pesquisa relacionadas a esta estratégia terapêutica de assistência à saúde. Estudos posteriores devem ser realizados com os participantes dos grupos, ou seja, aqueles que fazem parte do processo grupal, ou ainda devem ser realizados estudos voltados para descrever, através de observações diretas, como se dá, de fato ou como ocorrem as relações e interações dentro do grupo, as resistências, os papéis, as ansiedades e o manejo do profissional dentro do processo grupal. ■

Referências

ANDALÓ, C. S. A. O papel de coordenador de grupos. *Psicologia USP*. v.12, n.1. p. 135-152, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Saúde mental no SUS*: os CAPS. Brasília: MS, 2004.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 2. ed. Lisboa: Edições 70, 2006.

BARROS, R. B. *Grupo:* a afirmação do simulacro. Porto Alegre: Sulinas, 2007.

BORDIN, S.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. Terapia cognitiva. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. *Aconselhamento em dependência química.* São Paulo: Roca, 2004. p. 187-212.

FERREIRA, A. A. L. (Org.). *A pluralidade do campo psicológico:* principais abordagens e objetos de estudo. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2010.

LEWIN, K. *Teoria de campo em ciência social*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1965.

MAFFACCIOLLI, R. *Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre:* uso e modos de intervenção terapêutica. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

MARLATTI, A.; GORDON, J. R. *Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MELLO, V. R. *Grupo como dispositivo de promoção de saúde.* 2002. Monografia (Pós-Graduação em Saúde Publica) – Escola de Saúde Pública – Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

OSÓRIO, L. C. *Grupos:* teorias e práticas: acessando a era da grupalidade. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

PICHÓN-RIVIÈRE, E. *O processo grupal*. 7. ed. São Paulo: Martins fontes, 2005.

SCHUCKIT, M. A. *Abuso de álcool e drogas*. Lisboa: Climepsi, 1998.

ZIMERMAN, D. E.; OSÒRIO, L. C. (Col.). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ZIMERMAN, D. E. *Fundamentos básicos das grupoterapias.* 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

Recebido para publicação em outubro/2011
Versão definitiva em junho/2013
Suporte financeiro: inexistente
Conflito de interesse: não houve

Tratamento e reabilitação de usuários de CAPS-AD sob a perspectiva dos profissionais do serviço

Treatment and rehabilitation of CAPS-AD's users from the perspective of its professionals

Olívia Egger de Souza[1], Ana Paula Dalchiavon Zeni[2], Marina Mantesso[3], Thaíse Federizzi[4], Alice Hirdes[5]

[1] Graduanda em Medicina pela Universidade de Caxias do Sul (UCS) – Caxias do Sul (RS), Brasil. oliviasouza12@hotmail.com

[2] Graduanda em Medicina pela Universidade de Caxias do Sul (UCS) – Caxias do Sul (RS), Brasil. aninhad_zeni@hotmail.com

[3] Graduanda em Medicina pela Universidade de Caxias do Sul (UCS) – Caxias do Sul (RS), Brasil. marina.mantesso@gmail.com

[4] Graduanda em Medicina pela Universidade de Caxias do Sul (UCS) – Caxias do Sul (RS), Brasil. thaisefederizzi@yahoo.com.br

[5] Doutoranda em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) – Porto Alegre (RS), Brasil. alicehirdes@gmail.com

RESUMO: Este estudo teve por objetivo investigar o tratamento e a reabilitação de usuários do CAPS -AD de Caxias do Sul (RS), Brasil, sob a perspectiva dos profissionais do serviço. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada com profissionais de nível superior, no período compreendido entre setembro e novembro de 2011. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas. Para a análise de dados, foi utilizada a análise de conteúdo, na modalidade temática, proposta por Minayo. Os resultados apontam para a importância do vínculo entre equipe e usuários; a construção de projetos terapêuticos singulares, que contemplem as necessidades e habilidades do sujeito; o papel da família no contexto do uso e abuso de substâncias psicoativas; e a importância da motivação para o tratamento e a reabilitação.

PALAVRAS CHAVE: Saúde mental; Serviços de Saúde Mental; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Alcoolismo; Drogas ilícitas; Comportamento de Procura de Droga.

ABSTRACT: *This study aimed at investigating the treatment and rehabilitation of users of the Psychosocial Care Center Alcohol and Other Drugs (CAPS -AD) in Caxias do Sul (RS), Brazil, from the perspective of professionals who work in this unit. This qualitative research was carried out with professionals who have a college degree, from September to November 2011. Semi-structured interviews were used for data collection. Content analysis, based on themes, proposed by Minayo, was used for the data analysis. Results show the importance of the development of bonds between the team and the users, the construction of specific therapeutic projects to meet the subjects' needs and abilities, the family's role in the context of addiction to psychoactive substances and the motivation for treatment and rehabilitation.*

KEYWORDS: *Substance-Related Disorders; Mental Health; Mental Health Service; Alcoholism; Street drugs; Drug-Seeking Behavior.*

Introdução

A prevalência do uso e abuso de substâncias psicoativas, assim como as suas consequências sociais, são amplamente conhecidas. O alcoolismo e o uso de drogas, em geral, têm persistido como um sério problema social, que afeta todas as classes, indistintamente, e tem se tornado um desafio para a saúde pública. Ao mesmo tempo que o número de dependentes de álcool e drogas torna-se expressivo, surge a demanda por serviços de saúde mental disponíveis e com profissionais capacitados para ofertarem cuidado, recursos terapêuticos e meios de reinserção social para os indivíduos que necessitam de tratamento (ROSSATO; KIRCHHOF, 2006). Pesquisas indicam que 6 a 8% da população demandam atendimento regular devido a transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

A partir da Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216, de abril de 2001, a atenção a portadores de doença mental se modificou, deixando de basear-se no modelo manicomial de exclusão social, instituindo apoio e tratamento integrais ao usuário e à sua família, visando à reinserção social. Assim, preconizou-se que os espaços de atividades de atenção aos usuários devem funcionar como rede de apoio, promoção da saúde, criação de novos vínculos e inserção social dentro da comunidade (SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiram na década de oitenta e consolidaram-se ao longo do tempo como serviços de atendimento e tratamento de pessoas com transtornos mentais e de usuários de substâncias psicoativas, com caráter substitutivo ao modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2005).

Nesse novo modelo, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) constitui-se em um serviço que objetiva o atendimento de pessoas com dependência química, ou seja, usuários abusivos de álcool e drogas, como crack, maconha e cocaína. Os CAPS-ADs ad estão disponíveis para cidades com mais de 200 mil habitantes ou cidades menores, sob influência marcada do tráfico (BRASIL, 2005).

Os CAPSs, dentro da atual Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Apesar de estratégicos, os CAPSs não são os únicos tipos de serviços de atenção em saúde mental, haja vista que essa atenção deve ser feita dentro de uma rede de cuidados. Estão incluídos nessa rede a atenção primária, que tem um papel primordial em razão de ser um serviço localizado no território (BRASIL, 2003).

A educação pelo trabalho visa à qualificação em serviço dos profissionais que trabalham na área de saúde mental, crack, álcool e outras drogas, bem como de iniciação ao trabalho e formação dos estudantes dos cursos de graduação da área da saúde, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde – SUS. Assim, esta pesquisa faz parte do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: PET-Saúde Mental, que apoia o desenvolvimento de processos formativos para a área de Saúde Mental. O projeto foi proposto pela Universidade de Caxias do Sul (RS), em parceria com a Secretaria de Saúde da mesma cidade, e desenvolvido no período compreendido entre 2011 e 2012.

O estudo teve por objetivo geral investigar o tratamento e a reabilitação de usuários do CAPS-AD de Caxias do Sul (RS), sob a perspectiva dos profissionais do serviço. Desta forma, este estudo poderá situar-se como uma pesquisa estratégica para a área de políticas públicas, para utilização por gestores, coordenadores e profissionais em outros serviços, no atendimento a usuários de substâncias psicoativas, como forma de enriquecer as intervenções desenvolvidas e oferecer novas propostas a serem desenvolvidas ou novos aspectos a serem trabalhados.

Metodologia

Esta pesquisa insere-se nos pressupostos dos métodos qualitativos de investigação. Foi realizada com profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, de Caxias do Sul (RS). O CAPS-AD (CAPS Reviver) está em consonância com os princípios e diretrizes das Portarias 224/92 e 336/02, do Ministério da Saúde, as quais definem a organização e a missão dos CAPS-ADs, contemplando ações de prevenção, promoção, recuperação, reabilitação e reinserção psicossocial dos usuários, articuladas a uma rede de saúde centrada na

atenção comunitária. A rede de Saúde Mental de Caxias do Sul foi iniciada em 1995, com a criação do serviço ambulatorial CAIS Mental, atendendo todas as faixas etárias e transtornos mentais, incluindo transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas.

O CAPS Álcool e Outras Drogas Reviver foi criado em 2002, e, atualmente, presta atendimento 24 horas a usuários de substâncias psicoativas. Dispõe de ambulatório para desintoxicação e acolhimento noturno, para situações específicas que exigem tal modalidade de atendimento. O projeto terapêutico inclui práticas de cuidados que contemplam a efetivação de diagnóstico precoce dos níveis de intoxicação, de modo a deter a progressão da doença; utilização de tecnologias especializadas, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais à saúde; recuperação parcial ou total, de forma a garantir a reinserção social (BRASIL, 1992; BRASIL, 2002).

O CAPS Reviver oferece atendimento diário, nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, conforme o Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada usuário. A pessoa poderá frequentar o serviço todos os dias, algumas vezes por semana ou uma vez por semana, de acordo com a necessidade e o proposto no seu projeto terapêutico. O processo de trabalho é desenvolvido por equipe multiprofissional (assistente social, psicólogo, psiquiatra, enfermeiro, pedagoga, oficineiros), de forma a garantir a integralidade, a interdisciplinaridade, a humanização e a resolutividade do atendimento. Da rotina do serviço, constam as seguintes atividades: entrevista de acolhimento, elaboração do projeto terapêutico, atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), atendimento em grupo, visitas domiciliares, atendimento à família, oficinas terapêuticas, desintoxicação ambulatorial, encaminhamento a recursos externos (quando necessário).

Os sujeitos do estudo foram oito profissionais (assistente social, enfermeiro, psicólogo, médico psiquiatra, médico clínico e arte-terapeuta) que atuam como técnicos de nível superior no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS-AD Reviver. Os critérios de inclusão: profissionais de nível superior que sejam técnicos de referência de usuários do serviço e participem de discussões de casos clínicos e das reuniões sistemáticas da equipe. Critérios de exclusão: técnicos com carga horária reduzida (menor que 20 horas semanais), que não sejam técnicos de referência ou que não participem de reuniões de equipe e discussão de casos clínicos para elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares.

Os instrumentos utilizados foram entrevistas semiestruturadas. As mesmas consistem em um roteiro de entrevista que objetiva apreender o ponto de vista dos atores sociais do objeto da pesquisa. Este contém poucas questões e é um instrumento utilizado para orientar uma "conversa com finalidade". Deve permitir o aprofundamento da comunicação, sendo um guia a facilitar a entrevista. Não pode se constituir numa amarra, e, sim, ser o facilitador da abertura (MINAYO, 1998).

Os dados foram coletados mediante agendamento prévio com os profissionais do CAPS, no período de setembro a novembro de 2011. A entrada em campo somente deu-se após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade de Caxias do Sul, sob o número 184/11. A adequabilidade do instrumento semiestruturado de pesquisa ocorreu através da aplicação de projeto piloto. Os entrevistados foram identificados por letras e números, de forma a preservar o anonimato.

Com relação à análise dos dados, foi percorrido o caminho metodológico operacionalmente proposto por Minayo (1998): ordenação, classificação e análise final dos dados. A ordenação dos dados englobou tanto as entrevistas quanto o conjunto do material institucional apreendido. Essa etapa consiste na transcrição de fitas cassete; releitura do material; organização dos relatos em determinada ordem, de acordo com a proposta analítica.

A etapa seguinte, a classificação dos dados, operacionalizou-se através da leitura exaustiva e repetida dos textos. Através desse exercício, identificaram-se as 'estruturas de relevância', a partir das falas dos sujeitos do estudo. Nelas estavam contidas as ideias centrais dos entrevistados. A análise final permitiu fazer uma inflexão sobre o material empírico e o analítico, num movimento incessante, que se eleva do empírico para o teórico, e vice-versa.

Análise e discussão dos dados

Depois de extraídas as estruturas de relevância, foram identificadas quatro áreas temáticas: o papel da família no contexto da dependência química; o vínculo dos usuários com os profissionais; o projeto terapêutico singular no tratamento e na reabilitação dos usuários; a importância da motivação para a efetividade do tratamento e para a manutenção da abstinência.

PAPEL DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Na análise das entrevistas realizadas com os profissionais do CAPS-AD, constatou-se que, entre os temas recorrentes nas narrativas, estava a questão do papel da família na procura pelo tratamento, na adesão ao serviço e nos resultados do tratamento proposto. As entrevistas evidenciam a relação da família com a adição do usuário, assim como a influência das dificuldades que permeiam o âmbito familiar para a manutenção do uso e abuso dessas substâncias.

O tratamento da família e a sua participação no tratamento da pessoa dependente de substâncias psicoativas foram associados a melhores resultados no tratamento e na reabilitação do usuário em atendimento.

> *A questão também que é muito importante na reabilitação e no tratamento é a presença da família. Então, eu acho que, se a família pode chegar no serviço, pode ser orientada, estar podendo olhar para as suas dificuldades. Pode estar se tratando também. Isso ajuda muito. (E7). Claro que é fundamental a participação da família, no sentido de ajudar no tratamento, porque algumas vezes o que acontece é um boicote ao tratamento ou um abandono do usuário. E aí, sem apoio, também, algumas vezes, fica mais difícil de levar algumas coisas adiante. (E5).*

A literatura destaca a importância do papel da família no tratamento da dependência química. Nos diversos métodos de engajamento do usuário ao tratamento, os familiares desempenham funções que vão desde o incentivo à busca da abstinência e de recursos médicos até o seguimento do tratamento, apoio em recaídas e promoção da saúde dos membros do núcleo familiar. As terapias que envolvem as famílias são comprovadamente mais efetivas que as direcionadas somente ao indivíduo (SCHENKER; MINAYO, 2004).

O tratamento de abuso de drogas em instituições que não promovem a participação da família, muitas vezes, agrava ainda mais a desestruturação familiar presente. Isso ocorre porque as agências facilitam a diluição de responsabilidades em uma família já considerada com relações mal estabelecidas e com problemas mal resolvidos, desempenhando o papel de gerenciamento familiar nas tomadas de decisão e até na educação da prole (SCHENKER; MINAYO, 2004).

Para os profissionais entrevistados, a procura do serviço pela família, mesmo antes do dependente químico tomar a decisão de buscar tratamento, também pode ser efetiva, no sentido de influenciar e motivar o usuário a tentar abandonar ou modificar o padrão de uso de substâncias psicoativas.

> *As dificuldades de trazer as famílias, que bom se, mesmo que o usuário não quisesse se tratar, se a família se envolve no tratamento, daqui a pouco, também é um jeito de acabar com a codependência e poder favorecer com que esse usuário venha. (E5). E também a articulação da família, no momento em que tu consegues sensibilizar e trazê-la para o serviço, ele realmente mobilizando a família, no sentido de fazer alguma coisa, claro que isso acaba refletindo no usuário. É uma questão de conscientização. (E2).*

A busca de tratamento pelo dependente químico ocorre, na maioria das vezes, em situações extremas, por pressão do ambiente externo: insistência da família, violência ou ameaças na rua, ou quando o padrão de uso causa autodestruição. Assim, a motivação, a procura do serviço pela família e a insistência em favor da busca pelo tratamento do usuário constituem uma

importante ação em saúde, no contexto da dependência química (ORTH; MORE, 2008).

Por outro lado, determinadas características existentes em famílias de usuários acabam dificultando a procura por tratamento, o que, na maioria das vezes, agrava a situação e o padrão de uso do dependente químico.

> *A maior dificuldade que eu percebo é a falta de comprometimento da família quando eles procuram. Geralmente, já está numa situação que já se agravou tanto, e a família já não esta mais disposta a estar dando suporte, devido a desestrutura familiar (E3).*

Os sentimentos de negação, vergonha, a presença de mentira e cumplicidade entre alguns membros estão presentes nas famílias de usuários de drogas. Esses sentimentos desempenham um papel negativo, em razão de representarem uma conduta expectante e passiva diante do problema, não promovendo estímulos de mudança, o que resulta em uma procura mais tardia pelo tratamento (ORTH; MORÉ, 2008).

Os CAPSs têm como premissa o atendimento ao usuário e à família. A participação, o envolvimento e o comprometimento da família são aspectos importantes do tratamento. Entretanto, as entrevistas evidenciam que muitos familiares não se comprometem com o mesmo: não dispendem tempo para participar de grupos de familiares, realizados no serviço, não acompanhando o usuário quando solicitado ou, simplesmente, não modificando parte de seu funcionamento em prol da melhora desse usuário.

> *Então, as famílias têm muita ideia de terceirizar o limite. Parece que alguém tem que fazer isso, alguém tem que por um freio numa situação, alguém tem que dar o limite que, às vezes, em casa, não estão conseguindo dar. Alguém tem que resolver aquela situação que está muito crítica, e a família acaba se envolvendo muito pouco. (E4).*

O envolvimento escasso ocorre, em geral, por descaso da família, desestruturação, desmotivação ou descrença, uma vez que, na maioria dos casos, não se trata da primeira tentativa de tratamento, tendo sido outras frustradas. Estudo realizado (SCHENKER; MINAYO, 2003) com o objetivo de conhecer a implicação da família no uso abusivo de drogas mostrou que os pais ou responsáveis por usuários de substâncias psicoativas possuem, como característica, a dificuldade de transmitir normas e estabelecer limites. Tal fato dificulta os vínculos familiares, e, por isso, a reconstrução de vínculo emocional entre pais e filhos constitui um dos principais objetivos das intervenções baseadas na família (SCHENKER; MINAYO, 2003).

A família também possuiu um importante papel no surgimento da dependência química. *"... Se ele é um usuário, às vezes, ele só está representando uma dificuldade que é da família inteira".* (E4). A influência da família no uso e no abuso de drogas é amplamente descrita na literatura. (SCHENKER; MINAYO, 2004; ORTH; MORE, 2008; BRUSAMARELLO *et al.,* 2008). O indivíduo é resultado de suas relações. Os usuários deixam de se relacionar com pessoas para dedicar-se à sua relação com a droga de abuso. Então, sendo a família seu primeiro núcleo interpessoal, a dependência química toma papel de sintoma de uma doença muito mais expressiva, que envolve todo o seio familiar (SCHENKER; MINAYO, 2004). Um estudo realizado por Orth e More (2008), que avaliou o funcionamento das famílias de dependentes químicos, estabelece muitos perfis de disfunção familiar. Destacou-se a conduta das mães com relação aos filhos dependentes como sendo uma relação de superproteção e negação do comportamento destes. Além disso, o uso de álcool pelos pais dos usuários também se mostrou frequente. Nas famílias em que a superproteção, a violência, o autoritarismo, o alcoolismo e o abuso sexual estão presentes, existe um risco maior da busca de relações afetivas com pessoas fora do âmbito familiar, como os grupos de amigos, e também maior procura pela independência. Outro aspecto observado entre muitos dependentes químicos é a ausência ou dificuldade de constituir e manter uma família, ou, então, se esta existe, encontra-se em notável disfunção.

O fato de o próprio núcleo familiar encontrar-se doente e fragilizado, pelo contexto gerado pelo uso/abuso de substâncias psicoativas, representa um dos

motivos para a não adesão da família ao tratamento proposto.

> *Eu considero bem importante estimular a participação da família, porque a gente foca muito no usuário, que é o ponto principal do nosso atendimento, mas a gente tem que tratar todo o núcleo familiar que também sofre com a questão da dependência química. (E7).*

> *Outra coisa que eu acho que é difícil também é que muitas famílias têm problemas, são mães, esposas, codependentes, e que elas têm dificuldade, também, de adesão ao tratamento. (E4).*

O uso/abuso de drogas provoca uma série de alterações na vida do indivíduo em sociedade e no padrão de relacionamento estabelecido no meio familiar desse usuário. Além disso, mudanças comportamentais, como violência, indiferença, isolamento e desprezo, estão presentes (BRUSAMARELLO *et al.,* 2008). Nesse contexto, a família torna-se emocionalmente fragilizada por estar inserida numa realidade que envolve dependência química, abstinência, violência, tráfico e a busca de recursos financeiros a todo e qualquer custo para sustento do vício. A codependência é considerada a doença que envolve os familiares dos dependentes químicos, em especial, de álcool. A abordagem para o tratamento da família utilizada é o "Modelo da doença familiar" (SCHENKER; MINAYO, 2004).

Ressalta-se a necessidade da oferta de tratamento e do apoio aos familiares dos usuários por parte do serviço. Isso porque os usuários de substâncias psicoativas são influenciados e influenciam diretamente o contexto familiar em que vivem.

> *A gente vê uma grande melhora dos usuários é quando a família começa a mudar, quando a família começa, às vezes, até a dar limites, dependendo de como que está a situação. Acho que uma das coisas que são bem efetivas na intervenção é o tratamento da família. Eu acho que isso é bem efetivo: poder tratar a família, poder fazer uma visita domiciliar para poder ver como é lá no local onde ele mora, como é o local onde eles vivem, como que é o funcionamento. (E4).*

Há necessidade de se tratar o sistema familiar para a transformação da adicção em produção de saúde (SCHENKER; MINAYO 2004). Muitas abordagens terapêuticas são utilizadas para o tratamento das famílias consideradas disfuncionais como forma de auxiliar o membro usuário de substâncias psicoativas. Entre elas, estão o Modelo da Doença Familiar, Terapia de Família Cognitivo-comportamental e Terapia de Família Multidimensional (SCHENKER; MINAYO, 2004).

Esta área temática abordou a importância e as diferentes formas de influência da família no tratamento da dependência e na iniciação/manutenção do uso de substâncias psicoativas. Destaca-se o envolvimento periférico dos familiares com o tratamento do usuário e a necessidade do apoio familiar no tocante à motivação para a busca de tratamento e, também, ao engajamento e comprometimento do usuário do serviço. O núcleo familiar fragilizado e disfuncional mostrou ser um fator predisponente ao desenvolvimento e à manutenção da dependência química. Desta forma, a família desempenha um papel importante – como potência à recuperação ou manutenção do uso.

O VÍNCULO DOS USUÁRIOS COM OS PROFISSIONAIS DO CAPS

Esta área temática discute a importância atribuída ao vínculo entre usuário e profissionais, a fim de manter a adesão ao serviço. Estudos apontam que a promoção da adesão ao tratamento da dependência química apresenta dificuldades relacionadas tanto ao processo da reabilitação em si, devido a não aceitação da doença, quanto a fatores externos ao tratamento, como dificuldade financeira e problemas familiares (SCHNEIDER *et al.*, 2004). "[...] *é esse vínculo, é essa relação que vai favorecer o bom andamento do tratamento ou, às vezes, até a desistência".* (E5). O usuário de cocaína e crack é o que apresenta maior índice de abandono. Os fatores preditivos ao desamparo são a existência de problemas legais, baixo nível de habilidades sociais, perda dos pais

na infância, diagnóstico de transtorno mental na família e transtorno por dependência de álcool associado (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008).

Nesse sentido, a construção do vínculo terapêutico é fundamental para a busca da concretização da adesão ao tratamento e à reabilitação.

> *[...] o vínculo que vai tornar o processo terapêutico ou não. Para construir um bom vínculo, tem que fazer um bom acolhimento. A pessoa tem que se sentir bem recebida, tem que se sentir aceita com as suas dificuldades e não só com as suas coisas boas, mas, com tudo aquilo de ruim que ela já fez, enfim, que já experimentou, que viveu [...]. (E5).*

A aceitação dos aspectos negativos, conforme relato do entrevistado, irá promover o sentimento de acolhimento, promotor do processo de adesão à recuperação do usuário.

É importante compreender, no entanto, que, em virtude da característica de heterogeneidade que predomina na dependência das drogas, uma vez que afeta as pessoas de distintas maneiras e por diferentes razões, nos mais diversos contextos e circunstâncias, uma política de atenção deve privilegiar as necessidades dos usuários. Essas necessidades, muitas vezes, não correspondem às expectativas dos profissionais de saúde com relação à abstinência. Esse fator dificulta a adesão ao tratamento, bem como as práticas preventivas ou de promoção, voltadas aos usuários que não se sentem acolhidos em suas diferenças (BRASIL, 2004). "[...] *o que eu também acho importante é ter um serviço onde ele possa estar sendo recebido sem preconceito". (E4).*

Para aumentar a inter-relação entre indivíduo--CAPS-abstinência, torna-se relevante propor tratamentos singulares a esses usuários, que sejam adequados às suas necessidades e que visem a atingir os âmbitos pessoal, social e profissional, a fim de ajudá-los a se reinserir na sociedade. "[...] *Os projetos terapêuticos devem ser construídos a partir das especificidades de cada sujeito, da história de vida e das potencialidades". (E2).* Deve-se perguntar ao paciente o que ele quer fazer, e não impor o que ele deve fazer (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Entretanto, um dos profissionais entrevistados ressalta que existem dificuldades no serviço, como burocracia, ausência de profissionais ou infraestrutura, que não permitem a formulação de um tratamento individualizado.

> *[...] Por uma questão burocrática, às vezes, tu acaba tendo uma intervenção coletiva e não individual, normalmente. Tu acaba realizando oficinas com muitos usuários, por uma questão de espaço, e isso nem sempre acaba surtindo o efeito benéfico que se espera ao realizar uma intervenção. (E2).*

Outro fator relacionado à permanência do usuário no serviço, relatado pelos profissionais do CAPS, foi o engajamento familiar no amparo e no apoio ao usuário. Considerando-se que o meio sociocultural no qual o indivíduo esteja inserido exerça influência na manutenção ou não do uso de drogas, a família torna-se importante no processo de iniciação, continuidade e na resolução do uso de drogas entre seus familiares (SCHENKER; MINAYO, 2005).

Um modelo eficaz de tratamento, além de se preocupar com as repercussões físicas e psíquicas do uso prolongado de substâncias pelo paciente, deve também estar atento às necessidades sociais desse indivíduo – existência de problemas legais, desemprego, perda do vínculo com a família, situação de rua etc. (RIBEIRO, 2004). Ribeiro e Laranjeira (2010) afirmam que os usuários de cocaína e crack necessitam de abordagens mais intensivas e prolongadas que os dependentes de outras substâncias, em razão de serem, entre todos os usuários de drogas ilícitas, os que demoram mais para procurar auxílio e pela tendência de abandonarem o tratamento posteriormente.

Ao abordar o tema 'adesão ao tratamento', é relevante ter claro que nenhum tratamento é efetivo para todos os pacientes (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, 2009), especialmente por não haver um único modelo ou uma única solução. Por isso, torna-se ideal mesclar diversas terapias e ver qual se adapta melhor a cada usuário (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

[...] de repente, em toda uma tarde de atividade, apenas uma frase que tu fale toque um usuário, e a todos os outros não". (E3). "A dificuldade da adesão deles, em função da própria doença, da impulsividade, de ter uma continuidade, um seguimento para que possa ser pensada uma mudança de comportamento, que possa ter um pensar em como prevenir, como poder lidar com as situações e se não tem uma sequência, fica bem complicado. (E4).

A equipe deve estar capacitada para as dificuldades que são encontradas no âmbito da permanência no tratamento. Sobretudo, necessita estar pronta para acolher e motivar novamente os usuários que retornam após as recaídas ou o abandono do tratamento.

Conclui-se que é fundamental estabelecer e manter um bom vínculo com o usuário, facilitando a adesão ao processo de tratamento e à reabilitação. Muitos desafios se fazem presentes para atingir esse objetivo. Entender que as limitações existentes no processo de vincular um usuário de substâncias psicoativas não se traduzem em falha do serviço é importante para manter a motivação do profissional no processo. Construir projetos terapêuticos singulares, que devem ser desenvolvidos concomitantemente às necessidades e anseios do usuário, será um fator aliado na manutenção da abstinência. Sobretudo, vincular a família ao serviço, mediante grupos familiares e intervenções singulares, poderá constituir-se em amparo à família e à permanência do usuário no tratamento e na reabilitação.

O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NO TRATAMENTO E NA REABILITAÇÃO DOS USUÁRIOS

Os profissionais do CAPS em estudo entendem que cada usuário deve ser avaliado conforme suas particularidades para permitir a construção de um trabalho de apoio continuado e possibilitar que cada indivíduo receba a atenção necessária durante o processo. Desse modo, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é construído através da análise das necessidades de saúde de cada sujeito, valorizando suas opiniões, seus planos e seus objetivos de vida. Trata-se de um projeto singular, personalizado, realizado (de forma consentida) entre usuário/família/trabalhador (PINTO *et al.*, 2011).

[...] à medida que eles vão entrando no serviço e vão se vinculando, vai sendo discutido na equipe as necessidades de cada um. (E4).

[...] a gente tenta discutir as particularidades de cada pessoa para poder envolver elas nas atividades que fariam bem para elas, digamos assim, das quais o usuário poderia ter melhor aproveitamento. De acordo com as necessidades de cada um [...]. (E7).

[...] é tudo um a um. O tratamento é singular aqui, e, mesmo nas oficinas, eu conheço todos eles. Os que entram pela primeira vez, a gente já trata de conhecer, porque mesmo na oficina ele vai ter um tratamento só para ele. (E6).

De acordo com as falas relacionadas anteriormente, é possível avaliar o fato de que os profissionais da saúde trabalham com a perspectiva de ressaltar as potencialidades e as habilidades do sujeito, deixando de se preocupar somente com a questão da doença, bem como a realização de abordagens variadas, que contemplam tratamento e reabilitação. Dessa forma, os profissionais do CAPS ampliam sua forma de lidar com os sujeitos que necessitam de tratamento e passam a se ocupar com a qualidade do cuidado oferecido (PITIÁ; FUREGATTO, 2009).

[...] a partir do momento que se conhece um pouco mais desta pessoa, a equipe senta e o técnico de referência do caso socializa o caso, e, aí, a equipe propõe uma série de atividades que depois serão discutidas com o usuário para ver se ele tem interesse por aquelas atividades, se ele se identifica com elas, para depois poder estar desenvolvendo.... (E5).

A fala anterior mostra, também, a importância da promoção da autonomia dos usuários como um dos pontos a serem trabalhados no PTS pela equipe de

referência. Nesse caso, as tarefas propostas são, primeiramente, discutidas com os usuários, para que, em um segundo momento, eles possam decidir por qual tarefa têm mais afinidade, e, então, desenvolver a atividade proposta. Através da extensão dos meios de relação e permuta, os projetos terapêuticos servem como um objeto para garantir a recuperação da autonomia e a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (MORORO; COLVERO; MACHADO, 2011). No entanto, para que a promoção da autonomia seja trabalhada de forma sistemática e ampliada, os profissionais do serviço em estudo entendem que é preciso haver a formação de um vínculo concreto entre usuários e equipe, o que acontece durante o período inicial de acolhimento desse sujeito.

Supõe-se que o acolhimento envolve as diversidades e as tensões que adentram o serviço de saúde, o que acaba por alterar estruturas e processos de atenção em saúde. Além disso, em um panorama diverso, o acolhimento é conduzido por quatro diferentes aspectos, que englobam: o acesso geográfico; a escuta terapêutica por parte da equipe de saúde; a técnica, através do trabalho conjunto de conhecimentos e práticas; além da reorganização dos serviços, enquanto projeto institucional (JARDIM *et al.,* 2009).

Além do acolhimento e da escuta terapêutica realizada com o usuário, que permite a troca de informações deste com a equipe multiprofissional, pode ser observada a importância da presença familiar para o melhor entendimento da vida e dos objetivos do sujeito, o que, consequentemente, facilita e enriquece a construção do PTS.

"[...] *O Projeto Terapêutico Singular no CAPS, a gente faz à medida que ele participou dos grupos iniciais, que chamamos de grupos de intervenção breve, que são grupos de avaliação, onde a gente conhece melhor a família, onde a gente conhece melhor o usuário* [...] *". (E4).*

A produção de autonomia mediante abordagens de reabilitação psicossocial remete a intervenções em várias áreas da vida de uma pessoa: casa, família, trabalho, rede social. O desafio consiste em propor projetos terapêuticos individualizados (singulares), numa perspectiva ampliada, onde são abordados tanto os déficits como as potencialidades do indivíduo. Neste sentido, a separação conceitual entre reabilitação e tratamento faz-se importante para que as abordagens de reabilitação psicossocial não sejam reduzidas ao tratamento. Entretanto, à separação conceitual não deverá proceder uma separação prática. Tratamento e reabilitação são procedimentos que idealmente devem ocorrer sobrepostos ou complementares um ao outro (HIRDES, 2009).

Os PTSs, para além de uma exigência legal e ética, são uma forma de sistematização do cuidado e devem contemplar a história de vida dos sujeitos. Serão um instrumento 'terapêutico' se detiverem as seguintes características: a flexibilidade, o redimensionamento, a retroalimentação, e se incorporarem a avaliação. Às características mencionadas, somam-se algumas características da equipe: a construção coletiva, com a participação e o envolvimento do usuário, da família e da equipe, para que a proposta daí resultante seja o retrato do compromisso de todos com a excelência da qualidade do cuidado (HIRDES, 2001). A fala do profissional, a seguir, remete ao resgate das potencialidades e da história de vida. Faz-se importante lembrar que a história de vida comporta uma doença, mas não se resume a ela. *"*[...] *os projetos terapêuticos devem ser construídos a partir das especificidades de cada sujeito, da história de vida, das potencialidades* [...] *". (E2).*

As oficinas terapêuticas tornaram-se preceitos indispensáveis para a estruturação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPSs. No entanto, as oficinas terapêuticas não são um único meio de tratamento em si, mas um diante de inúmeros dispositivos (SILVA; ALENCAR, 2009). *"*[...] *acho que o trabalho em grupo, a oficina terapêutica, alguns casos do atendimento individual, acho que tudo isso contribui. Vai depender muito do perfil de cada pessoa* [...] *". (E5).*

Esta área temática abordou o projeto de reinserção dos usuários através da construção de projetos terapêuticos singulares, com enfoque nas particularidades de cada sujeito. O enfoque nas potencialidades e na promoção da autonomia do indivíduo emergiu como pontos centrais na operacionalização dos PTSs. Aspectos esses que devem se correlacionar com a troca de informações contínua entre usuário/equipe/família. Os aspectos trabalhados pela equipe são coerentes com

um modelo de clínica ampliada, e não com o modelo centrado na doença, nos déficits. O projeto terapêutico singular é uma ferramenta indispensável para organizar o plano de tratamento e reabilitação do usuário, possibilitando que o indivíduo retome suas atividades com o apoio e a atenção da equipe, e possa, ainda, construir um futuro com novas e positivas perspectivas de vida.

IMPORTÂNCIA DA MOTIVAÇÃO PARA A EFETIVIDADE DO TRATAMENTO E DA MANUTENÇÃO DA ABSTINÊNCIA

A motivação é entendida como um estado de disponibilidade a mudanças, que pode oscilar, dependendo da situação ou do momento que a pessoa se encontra, e pode ser visto como influência de fatores extrínsecos sobre fatores intrínsecos, ou seja, o meio social em que o indivíduo vive, sua família, o apoio e o suporte dado a ele, os fatores que agem sobre seu estado emocional, ajudando-o a ter a motivação necessária para enfrentar uma determinada situação que esteja vivendo.

Para usuários de álcool, crack e outras drogas, a motivação é fundamental para a efetividade do tratamento.

> *Acredito que as ações mais importantes que a gente pode desenvolver aqui no CAPS elas sejam em referência à motivação, tentar de qualquer forma motivar esses usuários, porque, às vezes, eles chegam aqui motivados e a gente pode tentar aumentar ainda mais essa motivação, e a motivação é a base do tratamento. (E7).*

Para Prochaska, DiClemente e Norcross (1992), um aspecto importante a ser considerado no tratamento de dependentes químicos é avaliar o grau de motivação para mudança, para que sejam instituídas as intervenções mais adequadas para cada um. De acordo com os autores, a motivação se divide em cinco estágios: pré-contemplação (ter um problema, porém não estar consciente dele); contemplação (estar consciente do problema, porém não fazer nada para mudá-lo); preparação (ter a intenção de realizar alguma mudança); ação (colocar em prática a mudança); e manutenção (a mudança já ocorreu, e o usuário está tentando manter esse comportamento).

As maiores causas de abandono de tratamento decorrem da falta de motivação para alterar o consumo ou interromper o uso dessas substâncias, em decorrência de fatores sociais e familiares, tornando a recaída algo corriqueiro no cotidiano de usuários e de profissionais atuantes nos serviços de tratamento da dependência química (ÀLVAREZ, 2007).

> *Bom, primeiramente, é o usuário ter a intenção e a motivação ao tratamento no momento em que ele se viabiliza. (E3).*

> *[...] o que faz eles virem para o atendimento ou procurar ajuda ou é uma situação em que ele está sendo ameaçado, em que ele está em risco na rua, ou a família está mandando embora de casa em função de furtos ou de agressividade. Mas, assim, não é uma motivação, às vezes, muito real, mas uma necessidade em função de terceiros. Então, como é uma situação em que eles vêm por esses motivos, é uma motivação que não dura muito. Então, eu acho que isso é uma das dificuldades. Até que eles começam a perceber que a mudança é necessária por eles, não por outras questões externas. (E4).*

Pode-se depreender das entrevistas a necessidade de enquadrar o usuário em algum dos estágios motivacionais descritos anteriormente, pois as estratégias e atividades que devem ser realizadas diferem de acordo com o estágio motivacional em que o paciente se encontra.

Algumas comorbidades podem alterar o estado de motivação do paciente, como, por exemplo, a depressão (CASTRO; PASSOS, 2005). *"*[...] *às vezes, quando ele vê o prejuízo clínico, é o que, às vezes, faz ele se motivar* [...]*" (E4).* Os pacientes menos motivados precisam de abordagens específicas, intensivas e personalizadas para que haja um aumento da adesão (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010), o que pode ser realizado mediante os Projetos Terapêuticos Singulares mencionados anteriormente.

Além do PTS, uma das técnicas que podem ser utilizadas para aumentar a motivação dos usuários refere-se à terapia em grupo. Esse tipo de modalidade terapêutica ajuda o paciente a desenvolver-se por meio da relação com os outros, crescer e mudar através da experiência de outros que passaram ou estão passando por situações semelhantes às dele.

> *Eu tenho visto que os trabalhos de grupo têm uma resolutividade grande, porque, onde um consegue manter o padrão de uso ou se manter abstinente, o quanto os outros conseguem se espelhar e ver: bom, se "ele consegue, eu também consigo". De ver as pessoas que conseguem se organizar para estar vindo no CAPS todos os dias ou, dentro do seu projeto, algumas vezes por semana, mas que vêm, aderem, que se motivam, do quanto isso tem contribuído para resultados positivos. (E5).*

Alguns pacientes encaixam-se melhor em terapias de grupo, já outros têm melhor resposta à terapia individual (BECHELLI; SANTOS, 2005). Nesse sentido, torna-se imprescindível os profissionais dispensarem atenção especial para cada usuário, com o intuito de descobrir o que ajudará cada pessoa a ficar motivada para a adesão ao tratamento e evitar as recaídas.

Uma das atividades efetivas para motivar os pacientes é a Entrevista Motivacional (EM), conhecida também como Intervenção Motivacional (IM) ou *Motivational Enhancement Therapy* (MET). (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; OLIVEIRA; MALBERGIER, 2003; ANDRETTA; OLIVEIRA, 2005; CASTRO; PASSOS, 2005; MATHIAS; CRUZ, 2007; ANDRETTA; OLIVEIRA, 2008). Essa técnica foi criada com o objetivo de ajudar o usuário a reconhecer seus problemas atuais e potenciais quando existe uma ambivalência com relação à mudança comportamental, estimulando, assim, o comprometimento, para que haja a realização dessa mudança através de uma abordagem psicoterapêutica (MILLER; ROLNICK, 2001). Como essa entrevista tem uma breve duração, o seu objetivo primordial é tratar as pessoas desmotivadas, despreparadas e desencorajadas, para mudar seu comportamento. Estudo realizado por Burke, Arkowitz e Menchola (2003) mostrou que a EM, comparada com o não tratamento dos usuários, juntamente com uso de placebo, teve um resultado superior em relação ao comportamento envolvendo álcool, drogas, dietas e exercícios.

Ribeiro e Laranjeira (2010) definem oito estratégias principais da EM para facilitar o processo de mudança de comportamento e alcançar a devida eficácia no tratamento: aconselhamento: o terapeuta age como facilitador, para o paciente entender seu problema, e orientador, fornecendo informações acerca da importância de mudar, além de sugerir possíveis mudanças; remoção de barreiras: auxiliar o paciente a descobrir quais barreiras estão interpostas entre sua motivação e a consequente melhora, e ajudar o usuário a encontrar uma forma de removê-las; proporcionar escolhas: permitir ao paciente ter livre arbítrio para suas escolhas, mostrando alternativas que contemplem as necessidades dele; diminuir o aspecto desejável do comportamento: o terapeuta tem como responsabilidade identificar o comportamento que faz com que paciente faça uso de algum tipo de substância e ajudá-lo a identificar os prós e contras desse uso; praticar a empatia: a empatia terapêutica é um processo que auxilia no tratamento para a mudança e a diminuição da resistência por parte do paciente à terapia.

Entre as estratégias da EM, fazem parte, ainda, condutas de cujo processo de recuperação o paciente participa ativamente, como: proporcionar feedback: o feedback pode dar-se por meio de testes clínicos (testagem de urina, por exemplo) ou, até mesmo, da realização de um diário de monitoramento; esclarecer objetivos: auxiliar o paciente a estabelecer metas definidas e cumpri-las ajuda na mudança; ajudar ativamente: o terapeuta deve auxiliar na tomada de decisões do usuário, embora a mudança seja uma decisão dele.

A entrevista motivacional é uma técnica acoplada a um estilo de tratamento. Ela se torna tão eficaz no tratamento de dependentes químicos por identificar e trabalhar com a ambivalência e a motivação, gerando um grande impulso para o comportamento de mudança. Além disso, é importante relembrar que ela está ligada ao estágio de motivação e, consequentemente, à

sensibilidade dos profissionais para identificar quais as melhores técnicas terapêuticas a serem usadas com esse paciente (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Considerações finais

O tratamento da dependência de substâncias psicoativas representa um desafio que inicia no universo íntimo do usuário, de sua família e estende-se a toda a sociedade. Assim, a união das informações obtidas em diferentes lugares às advindas de diferentes usuários e profissionais poderá contribuir para qualificar o cuidado. Neste estudo, diversos aspectos emergiram para a efetividade do tratamento e da reabilitação de usuários de substâncias psicoativas a partir das narrativas dos profissionais.

O papel da família destacou-se como importante fator tanto no desenvolvimento da dependência química, no que tange à desestruturação familiar, quanto na busca e na efetividade do tratamento. Os profissionais entrevistados consideram indispensável a participação dos familiares no tratamento do usuário, bem como o apoio do CAPS-AD para o próprio familiar, também fragilizado pelo contexto do uso de álcool e drogas. O acompanhamento das famílias pelo serviço e o engajamento das famílias no projeto terapêutico do usuário permitem o fortalecimento do núcleo familiar. A intervenção na família auxilia diretamente no tratamento do usuário, proporcionando o apoio e a motivação necessários à sua permanência no serviço, mesmo em momentos de desmotivação ou recaídas.

A motivação do usuário para o tratamento e para a reabilitação mostrou-se um aspecto central no tratamento e na posterior manutenção da abstinência do paciente. Isso engloba um longo trabalho de toda a equipe com os familiares, com o usuário e com o conhecimento de seu contexto social. Essa é uma tarefa que requer tempo e sensibilidade por parte do profissional e da equipe, para que o usuário seja compreendido como um ser único e complexo (contexto familiar, biológico, psicológico, sócio-econômico).

Uma vez motivado, e com a família inserida no processo e na busca da reabilitação, o usuário passa a ficar vinculado ao serviço de forma mais efetiva. Torna-se necessário, no entanto, um atendimento individualizado, voltado para cada usuário, que contemple suas demandas, características e potencialidades. Atendimento que é desenvolvido através dos projetos terapêuticos singulares, construídos pelos profissionais de referência. A manutenção do vínculo, tal como a motivação, necessita ser estabelecida de forma individual e com a consciência do profissional de que se trata de um processo.

Para o estabelecimento de um 'bom' vínculo, é indispensável que o usuário inserido no serviço seja visto como um sujeito único, com vida pessoal, familiar, laboral, social e necessidades próprias, possuidor de demandas de tratamento e reabilitação distintas. Desse modo, o PTS ocupa um lugar privilegiado por se constituir em uma ferramenta na formulação de uma intervenção terapêutica projetada para um determinado indivíduo. Esse é o desafio dos profissionais: construir junto com o usuário e a família um plano de intervenção que auxilie na recuperação daquele. ■

Referências

ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. S. A técnica da entrevista motivacional na adolescência. *Psic. Clin,* Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 127-39, 2005.

_____. Efeitos da entrevista motivacional em adolescentes infratores. *Estudos em Psicologia,* Campinas, v. 25, n.1, p. 45-53, 2008.

BECHELLI, L. P. C.; SANTOS, M. A. O paciente na psicoterapia de grupo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem,* Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 18-25, jan./fev. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para atendimento ambulatorial e hospitalar na assistência à saúde mental. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 1992.

Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislação-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/PORTARIA_224.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2012.

_____.Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2012.

_____.Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental e coordenação da Atenção básica. Saúde mental e Atenção Básica. *O vínculo e o diálogo necessários:* Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Circular conjunta nº 01/03, de 13 nov. 2003.

BRUSAMARELLO, T. *et al*. Consumo de drogas: concepções de familiares de estudantes em idade escolar. *Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas*, Ribeirão Preto, v.4, n.1, fev. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000100004&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 20 mar. 2012.

BURKE, B.; ARKOWITZ, H.; MENCHOLA, M. The Efficacy of Motivational Interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Washington, v. 71, n. 5, p. 843-861, 2003.

CASTRO, M. M. L. D.; PASSOS, S. R. L. Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 32, n. 6, p.330-335, 2005.

DUAILIBI, L.G.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v.24, suppl. 4, p. s545-s557, 2008.

HIRDES, A. *Reabilitação Psicossocial*: dimensões teórico-práticas do processo. Erechim: EdiFAPES, 2001.

_____.Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 165-171, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo>. Acesso: em: 25 mar. 2012.

JARDIM, V. M. R. *et al*. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. *Texto contexto: Enfermagem*, Florianópolis,v. 18, n. 2, p. 241-248, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-0707200 9000200006>. Acesso em mar. 2012.

MATHIAS, A. C. R.; CRUZ, M. S. Benefícios de técnicas cognitivo-comportamentais em terapia de grupo para o uso indevido de álcool e drogas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 140-142, 2007.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento:* pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1998.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Entrevista Motivacional*: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

MORORO, M. E. M. L.; COLVERO, L. A.; MACHADO, A. L. Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 5, p.1171-1176, 2011.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. *Principles of Drug Addiction and Treatment:* A Research- Based Guide. 2. ed. Baltimore: NIH Publication, 2009.

ORTH, A. P. S.; MORÉ, C. L. O. O. Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. *Psicologia Argumento,* Curitiba, v. 26, n. 55, p. 293-303, 2008.

PINTO, D. M. *et al*. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto & Contexto: Enfermagem,* Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 493-502, 2011.

PITIÁ, A. C. A.; FUREGATO, A. R. F. Therapeutic Accompaniment (TA): tool for psychosocial care within mental healthcare. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação,* Botucatu, v.13, n.30, jul./set. p.67-77, 2009.

PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addictive behaviour. *American Psychologist,* Washington, n. 47, p. 1102-1114, 1992.

RIBEIRO, M. Organização de serviços para o tratamento da dependência química. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* São Paulo, v. 26, n.1, p. 59-62, 2004.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. *O tratamento do usuário de Crack*. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.

ROSSATO, V. M. D.; KIRCHHOF A. L. C. Famílias alcoolistas: a busca de nexos de manutenção, acomodação e re-padronização de comportamentos alcoolistas. *Revista Gaúcha de Enfermagem,* Porto Alegre, v. 27, n 2, p. 251-257, 2006.

SCHENKER, M; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v.8, n.1, p. 299-306, 2003.

_____. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v.20, n.3. p.649-659, maio/jun., 2004.

_____. Fatores de risco e proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.707-717, 2005.

SILVA, T. J. F.; ALENCAR, M. L. O. A. Invenção e endereçamento na oficina terapêutica em um centro de atenção diária. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental,* São Paulo, v. 12, n.3, p. 524-538, 2009.

SCHNEIDER, D. R. *et al*. Caracterização dos serviços de atenção à dependência do álcool e outras drogas da região da Grande Florianópolis: relatório de pesquisa. 2004. Disponível em: Disponível em: <http://www.psiclin.ufsc.br/Relat%F3rio%20Caracteriza% E7%E3o%20dos% 20Servi%E7os.pdf>.Acesso em: 8 mar. 2012.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS-AD. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas,* Ribeirão Preto, v.2, n. 1, p. 1-17, 2006.

Recebido para publicação em abril/2013
Versão final em junho/2013
Conflito de interesse: não houve.
Suporte financeiro: inexistente

Discursos e representações sobre o uso/abuso do álcool: um estudo da comunidade indígena

Speeches and representations about the use / abuse of alcohol: a study in the indigenous community

Juliana Rízia Félix de Melo[1], Silvana Carneiro Maciel[2], Patrícia Fonseca de Sousa[3], Giselli Lucy Souza e Silva[4], Katruccy Tenório Medeiros[5], Rita de Cássia Cordeiro de Oliveira[6]

[1] Doutoranda em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. julianarizia@hotmail.com

[2] Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. Professora da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. silcamaciel@gmail.com

[3] Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. patriciasousa20@yahoo.com.br

[4] Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. giselli_psi@hotmail.com

[5] Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. katruccy_22@yahoo.com.br

[6] Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. rita_oliveira@terra.com.br

RESUMO: Estudo descritivo e qualitativo realizado com 45 índios Potiguara em dois municípios da Paraíba, com o objetivo de conhecer as representações sociais elaboradas por esses indivíduos acerca do uso/abuso do álcool em sua comunidade. O instrumento utilizado foi uma entrevista semiestruturada, realizada por meio da Análise de Conteúdo Temática de Bardin. Constatou-se a emersão de quatro categorias, as quais versam sobre o conceito, as causas, as consequências e as alternativas para solucionar o problema do uso abusivo de álcool na comunidade Potiguara. Os resultados encontrados proporcionam um maior conhecimento das especificidades culturais potiguaras e podem auxiliar os órgãos competentes na implantação de políticas públicas que contemplem essa problemática.

PALAVRAS CHAVE: Índios Sul-americanos; Comportamento social; Intoxicação Alcoólica.

ABSTRACT: *Descriptive and qualitative study conducted with 45 Potiguara Indians in two cities of Paraíba, in order to understand the social representations made by Potiguara Indians about the use / abuse of alcohol in their community. The instrument used was a semi structured interview, which was analyzed by qualitative analysis of Bardin. It was noted the emergence of four categories, which deal with the concept, causes, consequences and alternatives to solve the problem of alcohol abuse in the Potiguara community. The results provide a better understanding of the potiguara's cultural specificities and can assist the institutions in the implementation of public politics that cover this problem.*

KEYWORDS: *South American Indians; Social representations; Alcoholic Intoxication.*

Introdução

Observando o processo histórico da população indígena brasileira, especialmente as que estão situadas na região Nordeste, é possível destacar inúmeras alterações culturais desde a colonização. O rompimento de suas tradições; a miscigenação e os novos modelos socioeconômicos acarretaram problemas relacionados ao modo de vida dos índios, que afetaram seus hábitos e comportamentos, entre eles, a forma de uso do álcool. (OLIVEIRA, 2009).

Neste sentido, o povo indígena teve que compreender e se apropriar da nova realidade imposta pelo contato interétnico. Entretanto, acomodar o novo em uma estrutura já existente não é uma tarefa fácil. Por isso, alguns grupos não conseguem incorporar as bebidas alcoólicas em sua ordem nativa, o que faz com que essas bebidas se tornem um disparador de violência e outros conflitos, configurando uma problemática social. (VIANNA; CEDARO; OTT, 2012). Em função disso, faz-se importante compreender que significado é atribuído à bebida alcoólica pela população indígena, como ela é apropriada e elaborada por esses grupos.

Diante disso, o presente estudo objetiva conhecer as representações sociais elaboradas pelos índios Potiguara acerca do uso/abuso do álcool em sua comunidade. Com isso, espera-se contribuir para uma melhor compreensão das transformações culturais que ocorreram na comunidade indígena, no que se refere à utilização de bebidas alcoólicas. Como, também, contribuir com o fornecimento de dados científicos que auxiliem os órgãos competentes na formulação e na implantação de políticas públicas, que contemplem essas questões e que conheçam e respeitem as especificidades culturais desses grupos, visando ao melhoramento da qualidade de vida dos índios brasileiros.

Fundamentação teórica

As transformações sociais e o perigo de perda cultural e de identidade são visíveis nos povos indígenas. Os índios lutaram para sobreviver a doenças, guerras, exploração do seu povo, aldeamentos e esforços de integração à população nacional. Os diversos impactos causados pela interação com a sociedade, porém, provocaram a perda numérica e simbólica de grande parte de sua população e cultura (LANGDON, 2001).

Conforme Cohn (2001), a sobrevivência física dos indígenas impôs iniciativas que lhes assegurassem o território ocupado, assistência específica e punição para as práticas de genocídio perpetradas contra eles. Já a sobrevivência cultural requer, ainda, uma atenção especial, haja vista que o acentuado contato interétnico tem provocado profundas e preocupantes transformações nesse povo.

Entre essas transformações, encontra-se a mudança na forma de utilização das bebidas alcoólicas. Antes da dominação, os índios utilizavam a bebida fermentada em seus rituais, e possuíam um controle social sobre o seu uso; atualmente, porém, após a colonização e o consequente contato mais estreito com a sociedade não indígena, é a bebida destilada que é amplamente consumida nas aldeias e sem controle social algum (AURELIANO; MACHADO JÚNIOR, 2012).

Segundo Vianna, Cedaro e Ott (2012), a introdução da cachaça fez parte das consequências advindas do contato interétnico, momento em que ocorreu uma desorganização das regras culturais e das estruturas sociais indígenas, introduzindo um mal-estar na vida comunitária e nas pessoas. Dessa forma, a bebida alcoólica, utilizada de forma exagerada, parece ser para os indígenas mais do que uma disposição individual, mas, sim, uma evidência da vulnerabilidade em que esses grupos se encontraram ao serem expostos a um contexto hostil.

Atualmente, os consumos regular e excessivo de destilados têm sido considerados um dos problemas mais preocupantes enfrentados pelos povos indígenas no Brasil, conforme aponta Caux (2011). Pesquisas mostram que o consumo de bebidas pelos índios aldeados, se comparada, proporcionalmente, ao restante da população não indígena, possui índices mais elevados (SOUZA; AGUIAR, 2001; KOHATSU, 2001). Tal panorama acarreta sérias consequências, pois os problemas relacionados ao uso de álcool, para além da doença em si, também repercutem na esfera sociocultural de maneira significativa, sendo, por vezes, determinantes para a desagregação social nas aldeias, contribuindo para o aumento

da violência doméstica e de gênero, de acidentes, de suicídios e de agressões, que podem resultar em homicídios (VIANNA; CEDARO; OTT, 2012).

Esse panorama também pode ser encontrado na comunidade indígena Potiguara, no estado da Paraíba. A população de etnia Potiguara está estimada em, aproximadamente, 15.000 índios, dos quais, pouco mais de 2.000 estão desaldeados. As aldeias são localizadas nos municípios de Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto, totalizando 29. As principais atividades econômicas desenvolvidas por esses índios são: a pesca marítima, a coleta de crustáceos e moluscos, o cultivo e a exploração comercial de cana-de-açúcar (geralmente em terras arrendadas para as usinas) – que tem sido, nos últimos anos, juntamente com o turismo e a criação de camarões, a principal base econômica da região (PALITOT, 2005).

Observa-se que fatores como: o movimento turístico constante e desordenado nas aldeias; a presença de não indígenas residindo nas aldeias; a migração de indígenas para os centros urbanos em busca de melhores condições de vida; e a proximidade das aldeias às usinas de cana-de-açúcar contribuem para a mudança de hábitos e costumes dentro das aldeias Potiguara e favorecem, entre outros agravos, a transmissão de doenças (destacando-se as DSTs/AIDS) e o uso abusivo de bebidas alcoólicas (PALITOT, 2005).

No estudo conduzido por Maciel, Oliveira e Melo (2012), com profissionais de saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguara (DSEI/POTIGUARA), foi relatado que o uso excessivo de bebidas alcoólicas é um problema nessa comunidade, estando vinculado a outras problemáticas de saúde, tais como: gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis.

Em pesquisa realizada com os próprios índios Potiguara, conduzida por Melo et al (2011), constatou-se que o consumo abusivo do álcool traz consequências danosas para essa população, sobretudo para os jovens, uma vez que o início do consumo se dá em idade precoce. Observou-se, ainda, que o uso abusivo do álcool atinge não só os usuários diretos, mas também seus familiares, além de encontrar-se desvinculado dos rituais e inserido na vida cotidiana, em que predomina o uso disseminado das substâncias destiladas, com prevalência da cachaça/cana/aguardente.

Diante do exposto, pode-se perceber a complexidade e o dimensionamento que adquire essa temática. Em virtude disso, e visando a um maior aprofundamento desta investigação, optou-se por estudá-la sob uma perspectiva psicossocial, no âmbito da Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 1978). De acordo com Jodelet, as representações sociais são:

> *Uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico. (JODELET, 2001, p. 22)*

Desse modo, as representações sociais podem ser entendidas como uma modalidade de conhecimento particular, que tem como finalidade a comunicação entre os indivíduos e a elaboração de comportamentos. Essas representações são elaboradas com base nas teorias científicas existentes e nos conhecimentos práticos e vivenciais, ou seja, no senso comum. Esses conhecimentos vão adquirir um *status* de verdade, guiando as condutas dos sujeitos (MOSCOVICI, 2011).

Para Moscovici (2011), deve-se encarar a representação social de um modo ativo, pois essa modalidade de conhecimento não tem um *status* de mera repetição. Desse modo, os índios Potiguara, ao representarem o uso/abuso do álcool em sua comunidade, certamente lançarão mão das suas cognições, dos seus afetos, das suas vivências e experiências, enfocando ou eliminando conteúdos científicos sobre o tema, criando, assim, um novo saber, um saber prático do senso comum.

Na gênese da representação social encontram-se dois processos: a 'objetivação' e a 'ancoragem', que são, ao mesmo tempo, de natureza social e cognitiva, permitindo a transformação do que é não familiar em algo familiar e conhecido. A ancoragem é um mecanismo que tenta ancorar ideias estranhas, reduzindo-as a categorias e a imagens comuns, colocando-as em um contexto familiar. Já a objetivação é o processo pelo qual os elementos constituintes da representação se organizam e

adquirem materialidade, tornando o abstrato concreto (MOSCOVICI, 2011). Portanto, a ancoragem e a objetivação se referem à maneira como o social transforma um conhecimento em representação e à maneira como essa representação transforma o social, evidenciando a interdependência entre a atividade psicológica e suas condições sociais.

Em face dessas considerações, percebe-se que a Teoria das Representações Sociais possui elementos que permitem compreender o conhecimento do senso comum, elaborado pelos participantes do presente estudo, acerca do uso/abuso do álcool na comunidade indígena Potiguara; assim como os processos que subjazem à gênese e à construção dessas representações. A compreensão do conteúdo e da gênese das representações sociais acerca do tema proposto possibilitará um maior conhecimento da cultura indígena Potiguara e dos fatores que estão vinculados ao uso/abuso do álcool nessa comunidade.

Método

Esta pesquisa é de caráter descritivo e qualitativo. Sua amostra foi composta por 45 índios Potiguara. Os participantes foram selecionados de forma não probabilística e de conveniência, sendo 20 da aldeia Vila Monte-mor, no município de Rio Tinto, e 25 da aldeia São Francisco, no município de Baía da Traição, ambos no Estado da Paraíba. As aldeias foram escolhidas em função da sua proximidade com o centro urbano (aldeia Vila Monte-mor, mais perto, e a aldeia São Francisco, mais distante). O instrumento utilizado foi uma entrevista semiestruturada, com perguntas acerca do uso/abuso do álcool na comunidade indígena Potiguara e sobre dados sociodemográficos, os quais serviram para a caracterização da amostra.

As entrevistas semiestruturadas foram transcritas e tratadas por meio da Análise de Conteúdo Temática de Bardin (1977). Essa análise pode ser definida como um conjunto de técnicas parciais, porém, complementares, utilizado para a sistematização e a explicação do conteúdo de um material textual e do seu significado, através de deduções lógicas e bem justificadas, tendo como referência quem emitiu e o contexto ou os efeitos da mensagem (MACIEL; MELO, 2011).

Com relação ao procedimento de coleta de dados, após o contato com o DSEI/POTIGUARA, na Fundação Nacional da Saúde (FUNASA), em João Pessoa, teve-se acesso às lideranças das aldeias em questão. Obtida a permissão das lideranças, pôde-se fazer as entrevistas com os índios, em suas próprias casas, sendo-lhes esclarecido o conteúdo da pesquisa, o caráter voluntário da mesma, assim como solicitada a assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram feitas individualmente e com o uso do gravador. Foram respeitadas todas as normas da Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

De acordo com os dados sociodemográficos obtidos, verificou-se que a maioria dos participantes (n=15) tem entre 18 e 33 anos de idade; 12 participantes estão na faixa etária entre 33 e 48 anos; 9 possuem entre 48 e 63 anos; e 9 têm entre 63 e 81 anos. Observou-se, assim, que existe um percentual considerável entre diferentes faixas etárias, o que possibilita verificar a representação social do uso/abuso do álcool na comunidade indígena Potiguara, considerando as nuances de gerações distintas.

Com relação ao sexo, a maioria dos participantes (n=27) era do sexo feminino. No tocante à escolaridade, 5 participantes denominaram-se analfabetos; 22 tinham ensino fundamental completo ou incompleto; e 18 tinham o ensino médio completo ou incompleto. No que diz respeito ao estado civil, 24 participantes eram casados e os demais se denominaram solteiros. A religião católica predominou entre 32 participantes, seguida pela evangélica.

Os resultados advindos da Análise de conteúdo temática mostraram a emersão de quatro categorias bem definidas: Conceito sobre o uso/abuso do álcool; Discursos sobre as causas do uso/abuso do álcool; Discursos sobre as consequências do uso/abuso do álcool; e, por fim, Discursos sobre as Alternativas para solucionar o Problema do uso abusivo de álcool. A seguir, serão descritas e discutidas, separadamente, cada uma das categorias

encontradas, destacando-se os principais discursos e representações relacionadas à temática estudada.

CONCEITO SOBRE O USO/ABUSO DO ÁLCOOL

Esta categoria traz conceitos que tratam do uso abusivo de álcool como um vício, dependência e/ou doença, conforme pode ser visto nas falas a seguir:

> *É um vício muito doentio, que, depois que a pessoa está mergulhado no vício, enfraquece e parece que não tem força mais pra sair. (ind.30, feminino, 27 anos) Eu penso que é uma doença, primeiramente, porque é uma situação muito difícil de controlar. (ind. 39, masculino, 31 anos)*

Observou-se que a representação social do uso/abuso do álcool na comunidade Potiguara está ligada a uma concepção individualista, objetivada por termos que enfocam a dimensão física dos indivíduos, já que o problema está circunscrito no corpo do sujeito. A representação social do uso excessivo de álcool como uma doença foi formada por meio da apropriação do saber científico biomédico, juntamente com as práticas interativas cotidianas, de modo que está ancorada em valores que enfocam a dimensão individual do ser humano.

Tal fato mostra a descaracterização cultural do povo indígena, uma vez que essa comunidade sempre cultivou valores coletivistas. Historicamente, o uso do álcool era associado à coletividade, a atividades de cunho religioso ou curativas, havendo, assim, um controle social de sua utilização. Antes o significado do beber estava ligado aos rituais das tribos, sendo usado como reafirmação grupal em festas sagradas. Entretanto, atualmente, percebe-se a substituição de um padrão coletivo de uso para o individual, estabelecendo uma mudança sociocultural no cotidiano das comunidades indígenas. Nesse sentido, o significado do beber vem tendo hoje um sentido de patologia/doença e não de elemento cultural (SOUZA; GARNELO, 2007; GUIMARÃES; GRUBITS, 2007).

Percebe-se, ainda, que esse 'novo' padrão de consumo de bebidas alcoólicas, pautado no individualismo, contribui para que esse problema seja encarado apenas como dependência biológica individual, desconsiderando-se os fatores sociais e culturais que tanto influenciam e interferem no processo de adoecimento. Ainda mais no que se refere às populações indígenas, que sobrevivem em condições precárias de vida. Nesse sentido, conforme apontam Guimarães e Grubits (2007), o uso indiscriminado do álcool se coloca como uma 'doença social', que ameaça o desaparecimento da cultura e da identidade da população indígena.

Assim, o uso abusivo de álcool pelas populações indígenas representa um fenômeno coletivo, e, para ser entendido, devem ser explorados os valores culturais, o processo histórico e a atualidade sociopolítica do grupo, incluindo-se o contexto sociocultural. Devendo ser abordado por um ângulo médico, social, econômico, moral, ético, entre outros, já que é um fenômeno complexo demais para ser considerado apenas doença ou apenas vício, ou só qualquer coisa. Enfatiza-se, ainda, que todos os que bebem têm potencialmente possibilidade de se tornarem dependentes do álcool. A maior ou menor probabilidade vai depender da interação entre os diferentes fatores de vulnerabilidade, os quais se acentuam mais ainda na população indígena, tendo em vista o processo de descaracterização e de perdas culturais e simbólicas a que essa população tem sido submetida. (GUIMARÃES; GRUBITS, 2007; PEREIRA; OTT, 2012).

DISCURSOS SOBRE AS CAUSAS DO USO/ABUSO DO ÁLCOOL

Esta categoria evidencia as causas atribuídas ao consumo problemático de álcool na comunidade indígena Potiguara. Algumas das causas apontadas foram: gosto pessoal, diversão e fuga da realidade, como se pode observar nos relatos a seguir:

> *Eu acho que eles bebem porque querem e gostam. (ind 02, feminino, 64 anos). Muita gente bebe por diversão. (ind. 35, feminino, 37 anos). Eu acho que usam para tirar as preocupações da cabeça, usam mais como desculpa pra fugir da realidade que sofrem dentro da comunidade. (ind. 25, feminino, 42 anos).*

Pode-se dizer que o gosto pessoal e a fuga da realidade são causas de cunho individual, em que o sujeito usa abusivamente o álcool em virtude de uma simples escolha. Entretanto, é consenso na atualidade que o uso problemático do álcool é multifatorial, isto é, reúne fatores de ordem biológica, psicológica e social. No caso dos indígenas, o uso abusivo de álcool parece ser um reflexo de um problema social, uma consequência da aculturação sofrida por esse povo e das precárias condições socioeconômicas em que vivem.

No presente estudo, a facilitação da aquisição das bebidas alcoólicas também foi apontada como causa dos problemas da comunidade com o álcool, como pode ser exemplificado com as seguintes falas:

> *Quando eles querem beber, vão pra onde tem e compram. (ind.14, feminino, 71 anos). Tem aqui pra vender, aqui tem onde vender, compra aqui mesmo. Se num tem aqui, vai comprar fora. Muitos vão comprar fora. (ind.22, masculino, 48 anos).*

Especificamente no caso dos Potiguara, a facilitação da aquisição das bebidas alcoólicas é agravada pelo turismo acentuado nas aldeias, pela proximidade delas dos engenhos e usinas de álcool e pela presença de bares dentro das aldeias, como relatam Melo *et al* (2011).

A influência dos amigos também foi apontada como fator causador do consumo excessivo de álcool, conforme se pode ver a seguir: "Por influência dos amigos." (ind. 18, masculino, 36 anos). "Às vezes, acho até que é incentivado por alguém, tipo os amigos." (ind.8, feminino, 22 anos). Segundo Hauck Filho e Teixeira (2011), o consumo excessivo de álcool é motivado tanto pelas interações sociais quanto pela necessidade de pertença a um grupo social. No caso dos indígenas, essa necessidade de pertença perpassa também a proximidade que esse grupo vem tendo com outras etnias.

Com relação a isso, Pereira e Ott (2012) afirmam que o uso do álcool pela população indígena está associado a uma busca por aceitação e à possibilidade de divertimento, pois, a partir do momento em que os índios passam a conviver com os não índios, eles veem no álcool uma possibilidade de maior entrosamento. Nesse caso, o álcool é usado como uma forma de conseguir mobilidade social; porém, ao tentar essa mobilidade, o índio abandona os costumes de seu próprio grupo para se fazer membro de outro grupo étnico. Essa interação com o grupo dos não índios pode ser observada no relato a seguir: "Vem fulano, vem sicrano, traz bebida daqui, traz bebida de lá. Aí, daqui a pouco já começa aquela coisa que não é satisfatório para gente. Porque não entra só o índio, entram também outras pessoas" (ind.3, feminino, 49 anos).

Ainda foram apontados como causas do uso abusivo de álcool, no presente estudo, fatores sociais, como: a falta de trabalho e a ociosidade, conforme as falas a seguir: "É uma forma de ociosidade mesmo, a falta do que fazer" (ind. 32, feminino, 47 anos). "Muita gente bebe muito por falta de emprego" (ind. 28, feminino, 63 anos). Esses elementos representacionais mostram-se importantes, pois demonstram a dificuldade da comunidade indígena em se inserir de maneira satisfatória numa sociedade de consumo e capitalista, distante, portanto, da sua cultura.

Tais questões aproximam-se dos achados de Maciel, Oliveira e Melo (2012), em pesquisa realizada com profissionais de saúde do DSEI/POTIGUARA, em que, entre outros fatores, os profissionais apontaram os problemas econômicos, a ociosidade e a falta de trabalho como causadores do consumo excessivo do álcool nessa comunidade.

DISCURSOS SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS DO USO/ ABUSO DO ÁLCOOL

Observou-se que a representação social do uso/abuso do álcool na comunidade Potiguara está vinculada às suas consequências, tais como: a violência\agressão, os problemas orgânicos, incluindo a morte, e os conflitos interpessoais e familiares, como pode ser observado nos relatos a seguir:

> *Tem uns que bebem e ficam violentos. Violência, termina em briga, termina em confusão. Não toda vez, mas tem muitos que terminam até fazendo mal ao outro. (ind. 22, feminino,*

43 anos) Várias consequências, por exemplo, perda de memória, falta de oxigênio. O álcool é muito forte, eles não se alimentam quando bebem e pode danificar os pulmões, o coração, fígado. Acaba levando à morte. (ind. 25, masculino, 22 anos) Para a família, eu sei que tem muito marido batendo em mulher. As mulheres, também têm algumas que bebem, bate nos filhos, e fica a família muito desunida. (ind.20, feminino, 19 anos) O álcool tem provocado muitas questões: desestruturação de famílias, a falta de respeito dentro das comunidades, o abuso com outras pessoas. (ind.32, feminino, 47 anos).

Tais consequências também foram relatadas no estudo realizado por Vianna, Cedaro e Ott (2012), com os Karitiana, na região de Rondônia. Os problemas relacionados à utilização de bebidas alcoólicas estavam gerando muitos distúrbios na vida comunitária, como violência conjugal e atritos constantes entre membros da comunidade. Os autores afirmam que esse cenário de desordens e desagregação social foi percebido como algo que poderia levar ao esfacelamento da estrutura social do grupo. No caso dos índios Potiguara, o contato interétnico acentuado favorece essa desagregação social e cultural, facilitando o processo de alcoolização nessa etnia, com seus efeitos nocivos.

Além das consequências descritas, também foram apontados prejuízos econômicos em pesquisa conduzida por Pereira e Ott (2012), na comunidade indígena Tenharim, no Amazonas. A questão financeira como consequência do uso abusivo de álcool também pode estar permeando a população Potiguara, tendo em vista que, segundo Palitot (2005), é uma comunidade pobre, que sobrevive em precárias condições econômicas.

DISCURSOS SOBRE AS ALTERNATIVAS PARA SOLUCIONAR O PROBLEMA DO USO ABUSIVO DE ÁLCOOL

Nesta categoria, os participantes destacaram a repressão/proibição do consumo de álcool como uma alternativa para o controle/solução dos problemas causados pelo uso abusivo dessa substância, como se pode observar nas falas a seguir:

Proibir! Uma lei que proibisse a venda em todos esses estabelecimentos comerciais, bares, lanchonetes, supermercados, cancelar a bebida alcoólica para todas as faixas etárias. Proibição! (ind. 45, masculino, 27 anos) Parar mesmo! Proibir de vender aqui! Aí era bom demais. (ind. 12, feminino, 51 anos).

Essa estratégia de repressão do consumo de bebidas alcoólicas também foi apontada e posta em prática pelos Karitiana, comunidade indígena de Rondônia, diante da percepção dos graves problemas advindos do consumo abusivo do álcool para a comunidade. Entre os Karitiana, medidas como revistar as pessoas que chegavam da cidade e quebrar as garrafas encontradas passaram a ser adotadas. Essas ações, de fato, apresentaram um efeito positivo, promovendo a superação do problema do consumo abusivo de álcool pelo grupo (VIANNA; CEDARO; OTT, 2012).

É preciso destacar, entretanto, que já é proibido, por lei, oferecer bebidas alcoólicas para as comunidades indígenas. A lei federal nº 6.001, de março de 1973, que dispõe sobre o estatuto do índio, prevê pena de seis meses a dois anos para quem propiciar, por qualquer meio, a aquisição, o uso e a disseminação de bebidas alcoólicas nos grupos tribais ou entre índios não integrados. Nesse sentido, percebe-se que essa lei não está sendo cumprida efetivamente, uma vez que os problemas causados pelo uso abusivo de álcool na comunidade indígena são uma realidade preocupante.

No presente estudo, foi relatada a inserção no trabalho como medida para solucionar o problema do consumo abusivo de álcool, conforme o trecho a seguir:

Muita gente bebe muito por falta de emprego. Uns amigos chamam pra tomar uma por falta de emprego. Se gerassem mais emprego pra gente, o mundo era outro. Com um emprego, a gente só teria tempo pra trabalhar (ind. 28, feminino, 63 anos).

Esse elemento representacional também foi encontrado em pesquisa realizada por Maciel, Oliveira e Melo (2012), na qual foi sugerido pelos profissionais que trabalham na comunidade Potiguara um trabalho de resgate da cultura indígena, enfocando principalmente o aspecto econômico como central nesse processo.

Finalmente, destacou-se, na presente pesquisa, a educação preventiva, através de palestras, como forma de mudar as relações da comunidade com o álcool, como se pode observar nos seguintes discursos:

> *O pessoal começar a dar palestra, essas coisas, mostrando os prejuízos que vem causando o alcoolismo. (ind. 7, masculino, 41 anos). Acho que deveria ter palestras para eles, para abrir os olhos deles. Dizer para eles que a bebida não presta. (ind.16, feminino, 18 anos).*

Sousa, Oliveira e Kohatsu (2005) ressaltam que tais medidas educativas devem priorizar os mais jovens, que não são usuários de bebidas alcoólicas. Para os autores, a educação preventiva deve envolver debates acerca dos impactos negativos trazidos pelo consumo abusivo do álcool. O envolvimento cada vez mais precoce dos jovens nas atividades da comunidade favorece o resgate de práticas tradicionais e contribui para o fortalecimento dos indivíduos e da comunidade em geral, promovendo um melhor enfrentamento das problemáticas.

De modo geral, o trabalho de prevenção e controle das consequências do uso abusivo do álcool na comunidade Potiguara não é uma tarefa fácil, e ainda é fragilizada pelo despreparo dos envolvidos na abordagem do tema. Como exemplo, em pesquisa realizada por Maciel, Oliveira e Melo (2012), verificou-se que os profissionais de saúde que trabalham com a comunidade Potiguara desconhecem sua cultura. Esse dado é preocupante, uma vez que os problemas relacionados ao uso abusivo do álcool poderiam ser minimizados com o fortalecimento e o resgate dessa cultura.

Considerações finais

O presente estudo objetivou conhecer as representações sociais elaboradas pelos índios Potiguara acerca do uso/abuso do álcool em sua comunidade. Constatou-se que essa representação está vinculada à ideia de que esse consumo excessivo tem contornos de doença, destacando-se o processo de aculturação indígena, evidenciado pela mudança na forma de utilização do álcool nessas comunidades. Além disso, foram apontadas causas, consequências e alternativas para solucionar o uso problemático do álcool.

É preciso perceber, entretanto, que os resultados encontrados não podem ser estendidos para todas as populações indígenas, nem para toda a população Potiguara, tendo em vista que derivou de um contexto situacional específico. Trata-se de um estudo qualitativo, que visou ao aprofundamento das representações de uma parcela específica de participantes. Portanto, sugere-se a realização de outras pesquisas na comunidade Potiguara, que contemplem, além da questão do álcool, as demais problemáticas de saúde que perpassam esse grupo indígena.

Contudo, podemos afirmar que os resultados encontrados têm implicações importantes, pois, além de proporcionarem um maior conhecimento das especificidades culturais dos Potiguara, denunciam os problemas causados pelo uso abusivo de álcool nessa comunidade, demandando das autoridades competentes ações mais efetivas para o controle e a solução dessa questão. Nesse sentido, conhecer as alternativas apontadas pelos potiguaras para o enfrentamento do consumo problemático de álcool mostra-se importante por auxiliar na implantação de medidas adequadas às particularidades desse grupo. ■

Referências

AURELIANO, A. L. P.; MACHADO JÚNIOR, E. V. Alcoolismo no contexto indígena brasileiro: mapeamento da bibliografia nacional. *Antropos*, Brasília, v. 5, n. 5, maio 2012, p. 40-72.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

CAUX, C. B. P. *Histórias de cachaça e povos indígenas*. 2011. 181f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

COHN, C. Culturas em transformação: os índios e a civilização. *São Paulo em Perspectiva,* São Paulo, v. 15, n. 2, p. 36-42, abr./jun. 2001.

HAUCK FILHO, N.; TEIXEIRA, M. A. P. Avaliação de motivos para uso de álcool: uma revisão de literatura. *Psico,* Porto Alegre, v. 42, n. 1, p. 7-15, jan./mar. 2011.

GUIMARÃES, A. M.; GRUBITS, S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 45-51, jan./abr. 2007.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: _____. (org). *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 17-41.

KOHATSU, M. O Alcoolismo na Comunidade Kaingang de Londrina (PR): Dados Preliminares/1999. In: *Seminário sobre Alcoolismo e DST/AIDS entre os Povos Indígenas*, 2001, Brasília. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Coordenação Nacional de DST e AIDS, 2001. p. 189-196.

LANGDON, E. J. M. O que beber, como beber e quando beber: o contexto sociocultural no alcoolismo entre as populações indígenas. In: *Seminário sobre Alcoolismo e DST/AIDS entre os Povos Indígenas*, 2001, Brasília. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Coordenação Nacional de DST e AIDS, 2001. p. 83-98.

MACIEL, S. C.; OLIVEIRA, R. D. C. C.; MELO, J. R. F. Alcoolismo em indígenas Potiguara: representações sociais dos profissionais de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 32, n. 1, p. 98-111, 2012.

MACIEL, S. C.; MELO, J. R. F. O recurso da entrevista e da análise de conteúdo em pesquisas qualitativas. In: COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. (orgs). *Métodos de pesquisa em Psicologia Social, perspectivas qualitativas e quantitativas.* João Pessoa: Editora Universitária, 2011. p. 175-204.

MELO, J. R. F. *et al*. Implicações do uso do álcool na comunidade indígena Potiguara. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 319-333, 2011.

MOSCOVICI, S. *A psicanálise*: sua imagem e seu público. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. *Representações sociais: investigações em Psicologia social*. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

OLIVEIRA, R.C.C. *Representações sociais sobre a situação de vida, saúde e doença na concepção indígena Potiguara*. 2009. 133f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

PALITOT, E. M. *Parecer Antropológico DSEI Potiguara.* Relatório Projeto FUNASA/PRODOC, João Pessoa, 2005.

PEREIRA, P. P. S.; OTT, A. M. T. O processo de alcoolização entre os Tenharim das aldeias do rio Marmelos, AM, Brasil. *Interface:* Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 957-966, out./dez. 2012.

SOUZA, J. A.; AGUIAR, J. A. Alcoolismo em população terena no Estado do Mato Grosso do Sul – impacto da sociedade envolvente. In: *Seminário sobre Alcoolismo e DST/AIDS entre os Povos Indígenas*, 2001, Brasília. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Coordenação Nacional de DST e AIDS, 2001. p. 149-166.

SOUZA, M.; GARNELO, L. Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre populações indígenas do Alto do Rio Negro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1640-1648, jul. 2007.

VIANNA, J. J. B.; CEDARO, J. J.; OTT, A. M. T. Aspectos psicológicos na utilização de bebidas alcoólicas entre os Karitiana. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 24, n. 1, p. 94-103, jan./abr. 2012.

Recebido para publicação em abril/2013
Versão final em junho/2013
Conflito de interesse: não houve
Suporte financeiro: inexistente

Uso de substâncias psicoativas ilícitas por estudantes de pedagogia de uma universidade pública

Use of illicit drugs by students of a public university of pedagogy

Marcos Vinícius Ferreira dos Santos[1]; Rafaely Rebuli Procopio[2]; Flávia Batista Portugal[3]; Marluce Miguel de Siqueira[4]

[1]Mestrando em Saúde Coletiva do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espirito Santo (UFES) – Vitória (ES), Brasil.
mvsantos@hotmail.com

[2] Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Espirito Santo (UFES) – Vitória (ES), Brasil.
rafarebuli@hotmail.com

[3] Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora do CEPAD – UFES.
flaviabportugal@gmail.com

[4] Pós-Doutora pela Universidade do Texas. Professora Associada III do Departamento de Enfermagem da Ufes e do PPGSC-UFES. Coordenadora de Pesquisa do CEPAD-UFES.
maluce.siqueira@ufes.br

RESUMO: Esta pesquisa objetivou traçar o perfil do uso de drogas ilícitas entre acadêmicos do curso de graduação em Pedagogia do Centro de Educação da Universidade Federal do Espírito Santo. Realizou-se um estudo quantitativo, exploratório, descritivo e transversal. A população estudada foi constituída de alunos matriculados no referido curso no segundo semestre de 2010. O questionário utilizado foi o proposto pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Encontrou-se um maior uso de drogas na vida de tranquilizantes e ansiolíticos (15%) e anfetamínicos (7,8%). Os estudantes do sexo masculino usam mais maconha do que as mulheres, assim como os estudantes que relataram não ter religião. O presente estudo detectou que a maconha, os inalantes e solventes, os tranquilizantes e os anfetamínicos, são as principais drogas de escolha pelos universitários.

PALAVRAS CHAVE: Estudantes; Drogas ilícitas; Prevenção secundária.

ABSTRACT: *This study aimed to profile the use of illicit drugs by students of undergraduate education in the Center of Education of the Federal University of Espírito Santo. We conducted a quantitative, exploratory, descriptive and transversal study. The study population consisted of students enrolled in that course in the second half of 2010. The questionnaire used was the one proposed by the National Secretariat about Drug Policy. Was found a higher drug use in the lives of tranquilizers and anxiolytics (15%) and amphetamines (7.8%). The male students use more marijuana than women, as well as students who reported having no religion. This study found that marijuana, inhalants and solvents, tranquilizers and amphetamines, were the main drugs of choice for students of graduation.*

KEYWORDS: *Students; Street drugs; Secondary prevention*

Introdução

O uso de substâncias psicoativas (SPAs) tem sido objeto de mobilização organizada das nações em todo mundo. Seus efeitos negativos são responsáveis por afetarem a estabilidade das estruturas dos Estados e sociedades, ameaçando valores políticos, econômicos, humanos e culturais dos mesmos. As SPAs afetam homens e mulheres independentemente de grupos étnicos, sociais, faixa etária e instrução, tendo ou não qualificação (CARLINI et al., 2005).

Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas (UNODC, 2010), o uso de SPAs ilícitas no âmbito mundial em 2008 foi entre 16 a 38 milhões. Os consumidores de *cannabis sativa* incluem o maior número de usuários de drogas ilícitas (129 – 190 milhões de pessoas). Em segundo lugar as anfetaminas aparecem sendo as SPAs mais consumidas, seguidas pela cocaína e opiáceos.

De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (CARLINI et al., 2005), foi observado que o uso na vida para qualquer droga no Brasil (exceto álcool e tabaco) foi de 22,8% e que os entrevistados na faixa etária de 12 – 17 anos, já fizeram uso das mais variadas drogas. O uso na vida de maconha aparece em primeiro lugar com 8,8%, seguido de solventes 6,1%, benzodiazepínicos 5,6%, orexígenos 4,1%, estimulantes 3,2%, cocaína 2,9%, xaropes 1,9%, opiáceos 1,3% e alucinógenos 1,1%. Quando analisada a região Sudeste pode-se observar que o uso na vida de qualquer droga, com exceção de álcool e tabaco, foi de 24,5%. As drogas ilícitas mais consumidas, segundo relato de uso na vida, foram, respectivamente, maconha 10,3%, solventes 5,9%, benzodiazepínicos 6,6%, estimulantes 3,8% e cocaína 3,7%.

As diferenças entre os grupos populacionais e seus contextos culturais costumam determinar padrões específicos de uso de drogas (SMART; OGBORNE, 2000). De tal modo, o uso de SPAs entre estudantes universitários é preocupante, uma vez que estes comportamentos podem trazer futuramente conseqüências sociais que perdurem por suas vidas profissionais (PINTON; BOSKOVITZ; CABRERA, 2005).

No I Levantamento Nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras (SENAD, 2010), mostrou que 48,7% dos universitários já fizeram uso de alguma SPAs ilícitas pelo menos uma vez na vida. As SPAs com maior freqüência de uso na vida foram: maconha (26,1%), inalantes (20,4%), anfetamínicos (13,8%), tranqüilizantes (12,4%), cocaína (7,7%), alucinógenos (7,6%) e ecstasy (7,5%).

Em um estudo realizado na Universidade Federal do Amazonas (LUCAS et al., 2006) observa-se que as duas SPAs psicotrópicas ilícitas mais usadas na vida entre os universitários da área de saúde foram os solventes (11,9%) e a *cannabis sativa (*9,4%), seguidas, então, dos anfetamínicos (9,2%), cocaína (2,1%) e alucinógenos (1,2%). Também se encontrou uma prevalência de uso 30% para solventes e 17% para a maconha, em uma pesquisa realizada com estudantes de medicina de nove faculdades paulistas (KERR-CORRÊA *et al.*, 1999)

Como observado em outras universidades, a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) também foi cenário de pesquisa semelhante. Em estudos realizados com universitários dos cursos de Medicina, Odontologia, Enfermagem e Farmácia desta universidade, pode-se observar que, em relação ao consumo de drogas ilícitas na vida pelos estudantes de medicina e odontologia, aparecem em primeiro lugar os solventes com 15,5% para os estudantes de medicina e 25,9% para os de odontologia, seguido da *cannabis sativa,* 9,5% para os estudantes de medicina e 13,2% para os de odontologia, e os alucinógenos com 1,8% para os estudantes de medicina e 4% para os de odontologia (PEREIRA *et al.*, 2008; TEIXEIRA *et al.*, 2010). Nos universitários de Enfermagem, apareceu em primeiro lugar como uso na vida os ansiolíticos com 13,4%, seguido dos anfetamínicos 11,7%, solventes 11,2% e maconha 6,7% (MARDEGAN, *et al.*, 2007). Já nos acadêmicos de Farmácia o uso de inalantes apareceu em primeiro lugar com 18,2%, seguido dos ansiolíticos 9,5% e maconha 8,8% (PORTUGAL et al. 2008).

Tal como em universitários da área da saúde, estudos com acadêmicos de pedagogia se faz necessário, uma vez que estes serão futuros profissionais da educação e serão, desta forma, responsáveis pela formação de novos profissionais. Também deve-se ressaltar que, o profissional inserido na área da educação, se torna um

modelo em seu ambiente de trabalho frente as pessoas que estão a sua volta e, principalmente, àquelas que serão educadas por estes profissionais.

Portanto, traçar o perfil dos usuários de substâncias psicoativas ilícitas entre os universitários do curso de pedagogia é de grande importância, já que tais estudos fornecem subsídios para a implantação de programas de prevenção ao uso indevido de substâncias psicoativas dirigido a esses universitários.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, transversal e quantitativo, realizada no Centro de Educação (CE) da UFES, no período de 2010/2. A população estudada foi constituída dos 485 alunos que estavam devidamente matriculados no curso de Pedagogia, período de 2010/2. A amostra foi calculada no *software* Epi Info 6.04, com intervalo de confiança de 95%, erro de 5% e prevalência 50%, resultando uma amostra de 215 universitários.

Inicialmente, enviou-se uma carta à diretora do CE e aos chefes de departamento de Linguagens, Cultura e Educação e de Teorias de Ensino e Práticas Educacionais, solicitando a colaboração dos professores na concessão de 30 minutos de suas respectivas aulas para a aplicação dos questionários. Realizou-se um estudo piloto, a fim de calibrar os aplicadores. A aplicação do questionário foi realizada em sala de aula, por bolsistas de iniciação cientifica devidamente treinados, com anuência prévia dos professores, após breve explicação dos objetivos do trabalho pelos pesquisadores. Todos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com Resolução Nº. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O questionário utilizado foi o proposto pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) para o I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras (SENAD, 2010). Utilizou-se um questionário fechado, de auto-preenchimento e sem identificação pessoal do aluno, contendo breve explicação sobre a pesquisa, dados sócio-demográficos, dados do consumo de substâncias psicoativas, e relacionamento familiar e social do entrevistado, analisados de acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde (SMART, 1980):

- **Uso na vida:** quando a pessoa fez uso de qualquer droga psicotrópica pelo menos uma vez na vida;

- **Uso no ano:** Uso no ano: quando a pessoa utilizou droga psicotrópica pelo menos uma vez nos doze meses que antecederam a pesquisa;

- **Uso no mês:** quando a pessoa utilizou droga psicotrópica pelo menos uma vez nos trinta dias que antecederam a pesquisa;

Os dados foram analisados pelo programa Statistical Package for the Social Science - SPSS 16, sendo realizada inicialmente uma análise univariada e posteriormente uma análise bivariada, a fim de verificar a associação entre o uso de SPAs e as variáveis independentes.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFES, de acordo com os dispositivos da Resolução Nº 196/96 do CNS sobre Pesquisa com Seres Humanos (CNS, 1996). O mesmo integra o projeto intitulado "Uso de Substâncias Psicoativas entre Universitários da Educação de uma Universidade Pública (Prot. Nº. 119/2009)".

Resultados e discussão

Foram pesquisados 294 estudantes, o que corresponde a 60,6% de todos os alunos matriculados no período. Conforme mostrado na Tabela 1, a maioria dos estudantes é do sexo feminino (94,2%). Além disso, há um predomínio de estudantes entre 19 e 24 anos (59,5%). Segundo a religião, a maioria citou ser Evangélico/Protestante (43%), Católicos (40,1%) e os que não possuem religião (11,5%). Quanto a classe socioeconômica, constatou-se que a maioria pertence às classes B (51,4%) e C (40,5%).

Tabela 1. Características sócio–demográficas dos estudantes de pedagogia da UFES. Vitória, 2010

PERFIL DOS ESTUDANTES		
CARACTERÍSTICAS	ESTUDANTES	
	N	%
SEXO		
Masculino	16	5,5
Feminino	277	94,2
Não Informado	1	0,3
TOTAL	**294**	**100**
IDADE (ANOS)		
Até 18 anos	25	8,5
de 19 a 24 anos	159	54,1
de 25 a 34 anos	74	25,2
35 anos ou mais	36	12,2
TOTAL	**294**	**100**
RELIGIÃO		
Não tenho religião	34	11,5
Católica	118	40,1
Espírita	3	1
Umbanda/Candomblé	1	0,3
Evangélica/Protestante	126	43
Budismo/Oriental	1	0,4
Outras	10	3,4
Não respondeu	1	0,3
TOTAL	**294**	**100**
CLASSE SOCIOECONÔMICA		
A	19	6,4
B	151	51,4
C	119	40,5
D	5	1,7
E	0	0

Fonte: Elaboração Própria

O uso na vida de substâncias ilícitas encontrada no presente estudo foi de 53,9%. Em um estudo com universitários da Federal de Goiás (CANUTO; FERREIRA; GUIMARAES, 2006), encontrou-se que o uso na vida de Inalantes (23%) e Maconha (14,6%) foi superior ao uso de Ansiolíticos (7,7%) e Anfetamínicos (6,4%). Os dados encontrados por Canuto, Ferreira e Guimarães (2006) aproximam-se dos encontrados

Tabela 2. Prevalência de uso de substâncias psicoativas por estudantes de pedagogia da UFES. Vitória, 2010

SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS	USO NA VIDA		USO NO ANO		USO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS	
	N	%	N	%	N	%
Maconha	22	7,5	5	1,7	2	0,6
Inalantes e Solventes	16	5,4	0	0	3	1
Cocaína	6	2	1	0,3	0	0
Crack	1	0,3	0	0	0	0
Alucinógenos	9	3,1	2	0,7	0	0
Chá de Ayuasca	1	0,3	0	0	0	0
Ecstasy	6	2	1	0,3	0	0
Esteróides Anabolizantes	1	0,3	0	0	0	0
Xaropes, Tranquilizantes e Ansiolíticos	44	15	26	8,8	20	6,8
Sedativos ou Barbitúricos	10	3,4	3	1	3	1
Analgésicos Opiáceos	12	4,1	10	3,4	9	3
Xaropes à base de Codeína	3	1	2	0,7	0	0
Anticolinérgicos	3	1	2	0,7	2	0,7
Anfetamínicos	23	7,8	12	4,1	8	2,7
Drogas Sintéticas	2	0,7	0	0	1	0,3

Fonte: Elaboração Própria

no I Levantamento Nacional sobre o uso de SPAs por Universitários (SENAD, 2010), porém contrapõe-se a este estudo, onde Inalantes e Maconha, embora estejam entre as principais SPAs utilizadas, apresentaram menor prevalência entre as substâncias citadas. Podemos relacionar esse menor uso de maconha e inalantes ao fato do curso de pedagogia conter em sua maioria estudantes do sexo feminino (94,2%), o que leva a uma preferência pelo consumo de Ansiolíticos e Anfetamínicos, como observado em um estudo com estudantes de Enfermagem (MARDEGAN *et al.*, 2007), onde a maioria dos estudantes também era do sexo feminino (82,7%). Neste estudo os Ansiolíticos (13,4%) e Anfetamínincos (11,7%) foram as primeiras substâncias psicoativas ilícitas de escolha mais utilizadas pelos estudantes.

Gontijo (2003) relaciona o fato do curso de pedagogia haver em sua maioria mulheres, ao processo de demanda sócio-econômica, surgimento do capitalismo e à procura da mulher por mais representatividade em atividades sócio-culturais. Porém, essa inserção no mercado de trabalho é feita através de profissões que segundo a autora seria uma espécie de extensão do lar, onde se torna possível a conciliação entre a vida pública e privada da mulher.

Quanto à faixa etária, este estudo corrobora com outros, como o de Kerr-Correa et al. (1999) que encontraram em seu estudo um predomínio de faixas etárias jovens, principalmente mulheres, tendo uma variação da média de idade dos alunos estudados nas nove universidades pesquisadas entre 21,2 a 22,3 anos. Lemos e outros autores (2007) em seu estudo, com os estudantes de medicina de Salvador, também encontraram uma média de idade parecida: 21,9 anos. Alguns estudos realizados na UFES (MARDEGAN *et al.*, 2007; PEREIRA *et al.*, 2008; PORTUGAL *et al.* 2008; TEIXEIRA *et al.*, 2010) também corroboram com os resultados desta pesquisa, já que a maioria dos estudantes pertence à faixa etária de 18 a 24 anos e a classe sócio-econômica B. O fato de a maioria dos estudantes que ingressam no curso de pedagogia pertencer à classe

Tabela 3. Prevalência de uso na vida de substâncias psicoativas em relação ao sexo, idade e religião por estudantes de pedagogia da UFES. Vitória, 2010

USO NA VIDA								
	MACONHA		INALANTES E SOLVENTES		TRANQUILIZANTES		ANFETAMÍNICOS	
SEXO	P–VALOR = 0,000		P–VALOR = 0,000		P–VALOR = 0,800		P–VALOR = 1,000	
	N (%)	Razão de Prevalência (IC 95%)	N (%)	Razão de Prevalência (IC 95%)	N (%)	Razão de Prevalência (IC 95%)	N (%)	Razão de Prevalência (IC 95%)
FEMININO	16 (72,7%)		12 (75%)		41 (93,2%)		22 (95,7%)	
MASCULINO	6 (27,3%)	6,492 (2,967-4,206)	4 (25%)	5,771 (2,185-15,240)	2 (4,5%)	0,845 (0,228-3,128)	1 (4,3%)	0,787 (0,116-5,353)
IDADE	P–VALOR = 0,069		P–VALOR = 0,279		P–VALOR = 0,881		P–VALOR = 0,078	
	N (%)	Razão de Prevalência (IC 95%)	N (%)	Razão de Prevalência (IC 95%)	N (%)	Razão de Prevalência (IC 95%)	N (%)	Razão de Prevalência (IC 95%)
ATÉ 24 ANOS	26 (59,1%)	0,443 (0,097-2,022)	8 (50%)	0,393 (0,088-1,753)	26 (59,1%)	0,852 (0,066-10,968)	10 (43,5%)	0,656 (?)
DE 25 A 34 ANOS	12 (27,3%)	1,095 (0,349-3,435)	4 (25%)	0,486 (0,063-3,768)	12 (27,3%)	0,973 (0,757-1,250)	10 (43.5%)	1,622 (0,221-11,90)
35 ANOS OU MAIS	6 (13,6%)		4 (25%)		6 (13,6%)		3 (13%)	
RELIGIÃO	P–VALOR = 0,035		P–VALOR = 0,016		P–VALOR = 0,615		P–VALOR = 0,388	
	N (%)	Razão de Prevalência (IC 95%)	N (%)	Razão de Prevalência (IC 95%)	N (%)	Razão de Prevalência (IC 95%)	N (%)	Razão de Prevalência (IC 95%)
CATÓLICA	10 (47,6%)	2,669 (0,742-9,600)	5 (33,3%)	1,78 (0,148-21,448)	14 (31,8%)	0,68 (0,331-1,397)	12 (52,2%)	1,831 (0,626-5,350)
PROTESTANTE	4 (19%)		3 (20%)		22 (50%)		7 (30,4%)	
NÃO TER RELIGIÃO	5 (23,8%)	4,632 (1,160-18,497)	5 (33,3%)	6,176 (1,467-26,001)	6 (13,6%)	1,011 (0,922-1,107)	2 (8,7%)	1,059 (0,766-1,463)
OUTRAS	2 (9,5%)	4,2 (0,376-46,853)	2 (13,3%)	5,6 (0,528-59,416)	2 (4,5%)	0,764 (?)	2 (8,7%)	2,4 (0,142- 40,613)

Fonte: Elaboração Própria

socioeconômica mais baixa, pode ser atribuído, segundo Gontijo (2003), às condições econômicas; ao déficit de estudos, já que vieram de escolas públicas; a dificuldade de conciliar trabalho e estudo; e por acharem que a pedagogia seria uma das poucas oportunidades de ingressarem na universidade, uma vez que consideravam a entrada nesse curso relativamente fácil. Em relação à religião, o I Levantamento Nacional com universitários contrapõe-se a este estudo, já que 60% dos estudantes disseram ser católicos, e apenas 16% disseram ser protestantes (SENAD, 2010).

A Tabela 2 mostra o uso na vida, no ano e nos últimos 30 dias, de substâncias psicoativas ilícitas por estudantes de pedagogia da UFES. Em relação ao uso na vida, as principais SPAs utilizadas pelos universitários foram: Tranqüilizantes e Ansiolíticos (15%), Anfetamínicos

(7,8%), Maconha (7,5%) e Inalantes e Solventes (5,4%). Com relação ao uso no ano, as SPAs mais freqüentes foram: Tranqüilizantes e Ansiolíticos (8,8%), Anfetamínicos (4,1%), Analgésicos e Opiáceos (3,4%), e Maconha (1,7%). As mais usadas nos últimos 30 dias foram: Tranqüilizantes e Ansiolíticos (6,8%), Analgésicos e Opiáceos (3,0%) e por último Anfetamínicos (2,7%).

Observou-se neste estudo resultados estatisticamente significantes quanto ao uso na vida de maconha e inalantes por parte dos estudantes do sexo masculino, corroborando com o estudo de Lemos e outros autores (2007), em que o uso de maconha pelos homens (27,1%) foi maior do que nas mulheres (12,2%), apresentando significância estatística em relação ao uso de p<0,01. No I Levantamento nacional com universitários[3] também se encontrou que a maconha (34,5%) e os inalantes (25,5%) são as drogas mais consumidas pelos homens. Com base nesses resultados é possível entender que a maconha e os inalantes são SPAs de fácil aceitação por parte dos estudantes do sexo masculino.

Na Tabela 3 pode-se observar o uso na vida de SPAs ilícitas em relação ao Sexo, Idade e Religião. Na associação uso na vida e sexo, encontrou-se uma significância estatística referente ao uso de maconha e inalantes de (p = 0,000) para ambos, onde os estudantes do sexo masculino possuem 27,3% (RP = 6,492; IC = 2,967-4,206) e 25% (RP = 6,492; IC = 2,967-4,206) mais chances de consumir maconha e inalantes, respectivamente, do que os estudantes do sexo feminino. Com relação ao uso na vida e idade, ouve um maior uso de SPAs em duas faixas, de 19 a 24 anos e 25 a 34 anos, variando de acordo com a substância usada. Embora não se tenha encontrado nenhuma significância estatística nessa associação, pode-se observar que houve uma maior prevalência no consumo de maconha (59,1%), inalantes (50%) e tranqüilizantes (59,1%) na faixa etária dos estudantes de até 24 anos. Quanto ao uso de anfetamínicos (43,5%), observou-se um mesmo consumo entre os estudantes de até 24 anos e os de 25 a 34 anos. Na associação de uso na vida e religião, encontrou-se uma significância estatística para o uso de inalantes e solventes e maconha de (p = 0,016) e (p = 0,035) respectivamente, uma vez que, os indivíduos que relataram não ter religião, apresentaram 33,3% (RP = 6,176; IC = 1,467-26,001) mais chances de usarem inalantes e de 23,8% (RP = 4,632; IC = 1,160-18,497) mais chances de usarem maconha do que os evangélicos. Em relação ao uso de tranqüilizantes e anfetamínicos em associação com as três variáveis sócio-demográficas, não foi encontrado nenhuma significância estatística no uso das mesmas.

Em relação ao uso na vida de SPAs e religião, segundo Dalgalarrondo, Soldera, Filho e Silva (2004), os protestantes históricos e os pentecostais apresentam relativamente menor uso das SPAs do que os católicos e os espíritas, aproximando-se, também, do estudo de Silva et al. (2006), que encontrou um maior uso de SPAs ilícitas pelos espíritas (27,2%), seguido dos católicos (24,9%), outras religiões (21,2%) e, por fim, dos protestantes (18%). Corroborando com este estudo, onde se observou um menor uso de substâncias psicoativas ilícitas pelos protestantes em relação aos católicos e aos que relataram não ter religião. Este estudo (SILVA et al., 2006), também mostra que o fato de ter alguma religião influenciou o consumo de SPAs ilícitas com significância estatística de (p < 0,001), onde 37,7% dos que disseram não ter religião usaram SPAs contra 24,6% dos que disseram ter religião e fizeram uso.

É importante ressaltar que valores e atitudes morais e religiosas são mais importantes do que uma possível prática religiosa, como ir com freqüência a cultos e missas. Embora não tenham sido analisados esses fatores neste estudo, sabe-se que eles são de extrema importância para melhor observar a influência não apenas da religião dita, mas da religiosidade praticada (SILVA *et al.*, 2006; WAGNER; ANDRADE, 2008).

Considerações finais

O presente estudo mostrou que, dentre o consumo de substâncias psicoativas ilícitas, a maconha, os inalantes e solventes, os tranqüilizantes e os anfetamínicos, são as principais SPAs de escolha pelos universitários, corroborando com vários outros estudos encontrados na literatura. Observou-se que a maconha e os inalantes, embora não tenham sido as SPAs de uso mais prevalente, são as que possuem maior uso e aceitação por parte dos estudantes do sexo masculino. Quanto ao uso

de tranquilizantes e anfetamínicos, observou-se que estas foram as primeiras SPAs de escolha mais usadas por parte dos estudantes. Vários estudos na literatura também mostram a preferência das mulheres pelo uso de medicamentos. Outro ponto importante observado, é que o uso de SPAs por estudantes que relatam pertencer a alguma religião foi menor do que os que relataram não ter religião. Isso mostra que a religião ainda é um fator de proteção para o uso de SPAs.

Diante disso, este estudo pretendeu conhecer o uso das SPAs pelos estudantes de pedagogia, já que estes são os universitários que mais tarde estarão no mercado de trabalho atuando como educadores. É importante ressaltar, que o uso de SPAs está cada vez maior. Dessa forma, é necessário se ter educadores capacitados e preparados para trabalharem a temática nas salas de aula.

Sendo assim, espera-se mostrar com este estudo a necessidade de uma maior abordagem sobre o uso de substâncias psicoativas entre os universitários, sendo necessário fazer a inclusão do tema no currículo do curso, bem como criar programas para prevenção que atendam de forma especifica esta população, uma vez que, quando se tornarem profissionais, passarão a ser vistos como modelos no ambiente de trabalho que estarão inseridos frente às pessoas que estão a sua volta e, principalmente, àquelas que serão educadas pelos mesmos. ■

Agradecimentos

Agradecemos à equipe CEPAD-UFES, nas pessoas dos membros anteriores e atuais, que forneceram apoio técnico-administrativo para execução deste trabalho. Também agradecemos aos universitários que se dispuseram em participar de nosso estudo e ao Enfermeiro Denis Soprani Pereira pela colaboração na versão final.

Referências

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

CANUTO M.H.A.; FERREIRA, R.A.; GUIMARÃES, E.M.B. Uso e abuso de drogas ilícitas por jovens do 1° ano da Universidade Federal de Goiás. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 24, n. 2, p. 135-142, 2006.

CARLINI, E.A. *et al*. *II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil*: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: CEBRID: UNIFESP, 2005.

DALGALARRONDO, P. *et al*. Religião e uso de drogas por adolescentes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*., v. 26, n. 2, p. 82-90, 2004.

GONTIJO, C.R.B. A relação Pedagogia - profissão de mulher: desafio atual para a prática e a formação de educadoras. In: II CONGRESSO DE PESQUISA E ENSINO EM HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO EM MINAS GERAIS, 2003, Uberlândia. *Anais do II Congresso de Pesquisa e Ensino em História da Educação em Minas Gerais*, 2003.

KERR-CORRÊA, F. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* v. 21, n. 2, p. 95-100, 1999.

LEMOS, K.M. *et al*. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Medicina de Salvador (BA). *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, n .3, p. 118-124, 2007.

LUCAS, A.C.S. *et al*. Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 3, p. 663-671, 2006.

MARDEGAN, P.S. *et al*. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de enfermagem. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 56, n. 4, p. 260-266, 2007.

PEREIRA, D.S. *et al*. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de medicina. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 57, n. 3, p. 188-195, 2008.

PINTON, F.A.; BOSKOVITZ, E.P.; CABRERA, E.M.S. Uso de drogas entre os estudantes de medicina de São José do Rio Preto, SP, no ano de 2002. *Arquivos de Ciências da Saúde*, v. 12, n. 2, p. 91-96, 2005.

PORTUGAL F.B. *et al*. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de farmácia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria,* v. 57, n. 2, p. 127-132, 2008.

SILVA, L.V.E.R. *et al*. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 2, p. 280-288, 2006.

SMART, R.G. *et al*. *A methodology for students drug-use surveys.* Geneva: World Healh Organization, 1980.

SMART, R.G.; OGBORNE, A.C. Drug use and drinking among students in 36 countries. *Addictive Behaviors*, v. 1, n. 3, p. 455-460, 2000.

TEIXEIRA, R.F.*et al*. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, n. 3, p.655-662, 2010.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). *World Drug Report*, 2010.

WAGNER, G.A.; ANDRADE, A.G. Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros. *Revista de Psiquiatria Clínica.,* v. 35, n. 1, p. 48-54, 2008.

Recebido para publicação em abril/2013.
Versão definitiva em junho/2013.
Suporte financeiro: não houve.
Conflito de interesse: inexistente.

Diagramação e editoração eletrônica
Layout and desktop publishing

modesign

Imagem de capa
Cover image

Felippe Amarante

Normalização
Normalization

Ivanilma Gama

Revisão de texto
Proofreading

Carla de Paula (Português)
Simone Basílio (Português)
Ben Kohn (Inglês)

Impressão / Printing

Corbã Gráfica

Tiragem / Number of Copies

2.000 exemplares/copies

Esta revista foi impressa no Rio de Janeiro em dezembro de 2013
Capa em papel cartão supremo 250 g/m²
Miolo em papel kromma silk 90g/m²

This publication was printed in Rio de Janeiro in december, 2013
Cover in premium card 250 g/m²
Core in kromma silk 90g/m²

Fax.: (21) 2260–3782
Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br
E–mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 2013.

v. 37. n. especial; 27,5 cm

ISSN 0103–1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br | www.saudeemdebate.org.br