

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE O MANEJO DE ADULTOS USUÁRIOS DE
CRACK NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

LÊDA CHAVES DIAS

Orientador: Prof. Dr. ERNO HARZHEIM

Porto Alegre, dezembro de 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE O MANEJO DE ADULTOS USUÁRIOS DE
CRACK NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

LÊDA CHAVES DIAS

Orientador: Prof.Dr. Erno Harzheim

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.

2013

CIP - Catalogação na Publicação

Chaves Dias, Lêda
REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE O MANEJO DE ADULTOS
USUÁRIOS DE CRACK NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE / Lêda Chaves Dias. -- 2013.
64 f.

Orientador: Erno Harzheim.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-
RS, 2013.

1. Crack. 2. Cocaina. 3. Manejo. 4. Atenção
Primária à Saúde. 5. Revisão Sistemática. I.
Harzheim, Erno, orient. II. Título.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Félix Henrique Paim Kessler

Chefe da Unidade de Psiquiatria de Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
(HCPA)

Professora Dra. Camila Giugliani

Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
(UFRGS)

Professora Dra. Daniela Riva Knauth

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

AGRADECIMENTOS

Aos amigos: Luiz Felipe Mattos (homenagem póstuma) e José Mauro Ceratti Lopes, os primeiros incentivadores para que eu fizesse o mestrado.

Ao Grupo Hospitalar Conceição, pela liberação parcial, que propiciou a realização do mestrado.

A toda a equipe do Serviço de Saúde Comunitária da Unidade Coinma, do Grupo Hospitalar Conceição, que foi penalizada com a sobrecarga de trabalho nos momentos da liberação parcial.

À bibliotecária Izabel Alves Merlo, pelos diversos momentos de cooperação.

Aos colegas de mestrado, em especial, à Carmen Fernandes, pela parceria em todos os momentos.

À Dra. Caren Bavaresco, ao Dr. Marcelo Gonçalves e à acadêmica de Medicina Mariana Dias Curra, pelos diversos momentos de cooperação. Eles contribuíram com a construção e a conclusão desta revisão, e foram fundamentais para diminuir o meu estresse.

Ao meu orientador, pelo imensurável apoio, pela dedicação, pelo exemplo de parceria, pela segurança e pela referência de conhecimentos, prof. Dr. Erno Harzheim, com toda a minha admiração, e, por ser fonte de profunda inspiração e energia, meu mais sincero e humilde: muito obrigada.

SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas	5
Resumo	7
Abstract.....	8
1 APRESENTAÇÃO	9
2 INTRODUÇÃO	10
3 REVISÃO DA LITERATURA	12
3.1 HISTÓRIA DA DOENÇA E DA SAÚDE MENTAL.....	12
3.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	14
3.3 <i>CRACK</i>	16
3.3.1 <i>Crack – a droga</i>	16
3.3.2 <i>Perfil do usuário e padrão de consumo</i>	17
3.3.3 <i>O crack na atualidade e as políticas públicas</i>	18
3.3.4 <i>O papel da atenção primária à saúde no manejo da adição e do crack</i>	20
3.3.5 <i>Princípios do tratamento para adição em drogas e o que há de efetivo contra o crack na aps em outros centros</i>	23
3.4 PRINCÍPIOS DO TRATAMENTO EFETIVO:	23
3.5 CONSIDERAÇÕES CONCEITUAIS	27
3.6 SOBRE A METODOLOGIA UTILIZADA	29
4 OBJETIVOS	31
4.1 OBJETIVO GERAL	31
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
5 REFERÊNCIAS	32
6 ARTIGO – ABORDAGEM DE USUÁRIOS DE <i>CRACK</i> NA APS.....	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
ANEXO A PLANILHA UTILIZADA PARA AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS OBSERVACIONAIS - HEALTH EVIDENCE BULLETINS WALES.....	59
ANEXO B PLANILHA UTILIZADA PARA AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS DE INTERVENÇÃO (GRADE)	61
ANEXO C TABELA A: NÚMERO DE ARTIGOS E ESTRATÉGIA DE BUSCA.....	62

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASAM	Sociedade Médica Americana de Adição
BAP	British Association for Psychopharmacology
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CFM	Conselho Federal de Medicina
CRD	Centre for Reviews and Dissemination, the University of York
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DTA	Drugs Treatment Agency
EC	Ensaio Clínico
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
EM	Entrevista Motivacional
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GLADA	Greater London Alcohol and Drug Alliance
GRADE	Grupo de Trabalho de Graus de Recomendação, Apreciação, Desenvolvimento e Avaliação
HAART	Terapia Antirretroviral Altamente Ativa
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HRB	Health Research Board
HSS	Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA
IBM	Intervenção Breve Motivacional
MS	Ministério da Saúde
NHS	National Health Service (Serviço de Saúde do Reino Unido)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NIDA	National Institute on Drug Abuse
NTA	National Treatment Agency
OMS	Organização Mundial da Saúde
PICO	Paciente, Intervenção, Controle e “Outcome” – resultado

RCGP	Royal College of General Practitioners
RD	Redução de Danos
RSP	Revista de Saúde Pública
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitiva Comportamental
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
US	Unidade de Saúde
USA	United State of America

RESUMO

Introdução: O consumo de drogas é um problema de saúde pública e o combate ao *crack* coloca em evidência uma das atuais fragilidades do Sistema de Saúde no Brasil. Os níveis de atenção não se encontram integrados e há falta de conhecimento sistematizado para a Atenção Primária à Saúde (APS). **Objetivo:** Buscar, por meio de Revisão Sistemática, abordagens efetivas no manejo de adultos usuários de *crack* no contexto da APS. **Metodologia:** Revisão sistemática realizada nas principais bases de dados eletrônicas e estudos adicionais, no período de 2003 a 2013, com adultos maiores de 19 anos de idade, usuários de *crack*, sem distinção inicial de estudos por delineamentos e com Língua Portuguesa, Espanhola ou Inglesa. Foram usados dois instrumentos de avaliação da qualidade das evidências científicas – o Health Evidence Bulletin Wales, 2004, e o *Grade Working Group* (2008). **Resultados:** De 2017 estudos encontrados nas buscas bibliográficas, e após duas etapas de seleção, foram eleitos 31 estudos e incluídos 16 artigos, 6 com delineamentos observacionais e 10 de intervenção. Dos estudos observacionais, 2 foram avaliados com boa qualidade, e, dos 10 estudos de intervenção, 1 estudo foi classificado com qualidade de evidência moderada, 5 com baixa qualidade de evidência e 4 com muito baixa qualidade de evidência. **Conclusões:** A Revisão Sistemática não obteve artigos que apresentassem evidências de alta qualidade para serem orientadas ao contexto da APS. O limite estipulado para busca de estudos nos últimos dez anos limitou o aporte de referências com evidências, e permanecem as orientações anteriores a este período. Contudo, foi possível traçar uma proposta para este contexto que pode ser detalhada e merece ser avaliada pelos pares, especialistas em APS.

Palavras-chave: Cocaína. *Crack*. Manejo. Atenção Primária à Saúde. Revisão Sistemática.

ABSTRACT

Introduction: Drug use is a public health problem and combating crack highlights one of the weaknesses of the current health system in Brazil. The levels of care are not integrated and there is a lack of systematic knowledge for dealing with this problem in Primary Health Care. **Objective:** Search through Systematic Review, effective approaches in the management of adult crack users in the context of the Primary Health. **Methodology:** A Systematic Review performed in major electronic databases and additional studies in the period 2003-2013, in adults older than 19 years old, crack users, irrespective of study design and including for Portuguese, Spanish or English . We used two evaluation instruments to grade scientific evidence - the Health Evidence Bulletin Wales, 2004 and the Grade Working Group (2008). **Results:** Of 2017 studies found from literature searches, and after two selection steps 31 studies were elected and 16 articles included, 6 with observational and 10 intervention designs. Two observational studies were evaluated with good quality and among the ten intervention studies, one study was classified with moderate quality of evidence, five with low quality of evidence and four with very low quality of evidence. **Conclusions:** This Systematic Review did not obtain articles with evidence of high quality to be oriented to the context of Primary Health Care. The limit set for search of studies over the past decade, limited the supply of references with evidence, and the guidelines prior to this period remain. However, it was possible to outline a proposal for this context which can be detailed and should be evaluated by peers, experts in Primary Health Care.

Keywords: Cocaine. Crack. Management. Primary Health Care. Systematic Review.

1 APRESENTAÇÃO

Esse trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Revisão Sistemática Sobre o Manejo de Adultos Usuários de *Crack* no Contexto da Atenção Primária à Saúde”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 2013.

O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos;
2. Artigo;
3. Considerações finais da dissertação como um todo e Anexos.

2 INTRODUÇÃO

Ocorreram mudanças no contexto da saúde pública, nas últimas décadas, no Brasil. Houve uma preocupação com a organização do cuidado de saúde, e muitas políticas e ações voltaram-se para responder a essa necessidade. O Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado em princípios como: universalidade, integralidade e equidade, buscou nortear-se pela Atenção Primária à Saúde (APS), embasando-se na ação de uma equipe de saúde multiprofissional. Essa equipe deve responder às necessidades da população que está sob sua responsabilidade de forma qualificada (Brasil. Ministério da Saúde, 2007). Entretanto, os profissionais de saúde da Atenção Primária, apesar de sua atuação mais humanizada e integral, não possuem, na sua prática, uma atuação sistematizada dentro do enfoque de cuidados em saúde mental, predominando os conceitos e paradigmas construídos durante a graduação, que ainda é voltada para o modelo hospitalar.

No Estado do Rio Grande do Sul, *“a política de saúde mental tem por objetivo definir e executar ações que possibilitem a ampliação e o fortalecimento de atenção integral em saúde mental no Rio Grande do Sul, considerando a legislação vigente e o perfil epidemiológico. As legislações que orientam as ações em saúde mental, para uma visão comunitária e extra-hospitalar, tem como consequência a constatação de que o modelo hospitalocêntrico não é resolutivo no que se refere às necessidades individuais e sociais frente à realidade do sofrimento psíquico”* (Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde, 2010). Isto sugere que novas modalidades de atenção sejam implementadas por meio de ações que potencializem a rede de saúde mental.

O enfrentamento da problemática referente ao uso e abuso de substâncias, em especial, em adultos usuários de *crack*, aponta para uma das mais atuais fragilidades da rede de atenção, já que a situação tomou proporções de grave problema de saúde pública no país. Em Porto Alegre, a rede, para confrontar esta situação, passa pela criação de pontos, escassos, espalhados pela cidade, que são a porta de entrada dos casos mais graves, por exemplo, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, que estão sendo reorganizados, somados as Comunidades Terapêuticas, que estão em processo de conveniamento, e, vagas em Hospitais Gerais para os casos de internação (Porto Alegre, [201-]). O cenário é de organização, mas permanece a imagem de um grande funil que estrangula a passagem de alguns e abarrota a permanência de outros no nível da atenção básica, que, no entanto, desconhece ações efetivas de abordagem do problema.

Desta forma, existem fortes razões em se buscar material com evidências científicas que possam contribuir para qualificar a prática das equipes de Atenção Primária e para a construção da rede integrada à saúde. É importante que as equipes de saúde tenham conhecimento a respeito da abordagem ambulatorial para que possam definir o trabalho adequado que compete à rede primária de atenção. Os profissionais da APS têm algumas das melhores oportunidades para prevenção, detecção precoce, e participação no tratamento de toxicodependentes estabelecidos. A falta de conhecimento sistematizado para realizar ações integradas entre os distintos pontos de atenção em saúde, que defina as atribuições dos profissionais e por ponto de atenção, interfere na qualidade e intensidade com que o cuidado é prestado, e surge a pergunta: “Quais abordagens são efetivas no manejo de adultos usuários de *crack* no contexto da Atenção Primária à Saúde?”. Tendo em vista que, hoje, muito do trabalho sistematizado é organizado para a atuação nos níveis secundário e terciário da atenção, faltam revisões com evidências científicas que instrumentalizem de forma qualificada a abordagem deste problema na Atenção Primária e que garantam a continuidade do atendimento, diminuindo ou, preferencialmente, eliminando as lacunas existentes.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 HISTÓRIA DA DOENÇA E DA SAÚDE MENTAL

É preciso resgatar um breve histórico da doença e da saúde mental no Brasil e no mundo para se contextualizar as necessidades atuais e as possíveis abordagens ao problema do consumo de drogas, em especial, o *crack*, que possam ser passíveis de adoção na APS.

Durante a evolução da civilização, o entendimento da doença sofreu diversas modificações de acordo com a sua época; passando por entendimentos místicos, climáticos, dentre muitos outros. No decorrer dos séculos, por meio das grandes descobertas, vieram respostas que levaram ao predomínio do pensamento científico (Mansur, 2013).

Ao analisar essa situação, Scliar (2002) discorre sobre seu entendimento da história da doença ao longo dos tempos, e conjuga essa caminhada com a formação histórica da saúde pública e da doença mental. Para ele, a dor, a doença é motivo de preocupação desde o início dos tempos. No início, o olhar mágico, de modo instintivo, buscou evitar as coisas que eram prejudiciais à saúde, já que, de forma instintiva, buscamos protegê-la. Privados de recursos científicos, os povos primitivos explicavam a doença dentro de uma concepção mágica do mundo. A solução encontrada, então, era a cura por meio do feiticeiro ou xamã. Entre os povos da Antiguidade, a visão mágico-religiosa da doença era dominante. Mas, com o decorrer dos tempos, “*novas formas de conhecimento contrapõem-se à magia, causando uma fissura no pensamento mágico*”. Scliar denomina o período seguinte como o “*olhar empírico*”, do qual a figura de representação seria Hipócrates. Fase que se caracterizava pela valorização da observação empírica. Como era escasso o conhecimento do corpo humano, concebiam a doença pelo desequilíbrio dos quatro humores fundamentais do corpo – sangue, linfa, bile amarela e bile negra. Na Idade Média, com o crescimento populacional, a ineficácia dos procedimentos mágicos ou religiosos e a multiplicação das pestes, surgem as instituições precursoras dos modernos hospitais, asilos para doentes e para viajantes, nos quais as pessoas recebiam algum tipo de tratamento aos seus males. No fim da Idade Média, algumas mudanças começam a ocorrer, como a criação de escolas médicas, e a modernidade chega assistindo ao nascimento da nação-estado, o que representa um considerável reforço para a formação de corpo social. O conceito de corpo social é

reforçado por meio do processo de divisão do trabalho e o crescimento da economia moderna. O conceito de corpo social expande-se pela crescente presença do estado no cotidiano das pessoas. Como as funções sociais precisavam ser integradas, coube ao Estado cumprir este papel, provendo os bens e serviços necessários para toda a sociedade, e, entre eles, está o cuidado da saúde pública. Daí, Scliar enfatiza um novo momento histórico, que denomina “*olhar autoritário*”. Esse momento, que teve origem na Alemanha, resulta de uma doutrina de governo fortemente centralizador, autoritário e paternalista, preocupado, sobretudo, com os aspectos legais das questões da saúde. O poder de intervenção do Estado era tal que não se limitava a obter informações que julgasse necessário sobre as pessoas, incluía adotar medidas relacionadas ao modo de viver e educar os filhos. A saúde passa a ser uma necessidade política e econômica. Já os doentes mentais, que, até a Idade Média, eram relativamente tolerados e encarados com certo temor pela população, agora são recolhidos aos asilos ou às prisões, pois a lógica vigente é a do processo de produção, e ninguém pode ficar fora dele. O doente mental tornou-se uma criatura exótica, e, no século XVIII, as emoções são vistas como expressão do ser humano que deviam ser dominadas; tudo que fosse diferente das necessidades políticas e econômicas mereciam o isolamento social. “*O tratamento dos doentes mentais era verdadeiramente bárbaro: cabeças rapadas, eles eram sistematicamente submetidos à puga, à êmese, à sangria, ou atirados sem aviso à água gelada, procedimento que tinha por objetivo “chocá-los”, trazendo-os de volta à razão.*” (Scliar, 2002, p. 56).

Em meio ao período da Revolução Francesa, surge Philippe Pinel, que defende uma conduta mais humana para com os “loucos” e, ao assumir a chefia de um asilo na França, teve uma atitude inovadora e humanista ao soltá-los da prisão. Embora a verdadeira revolução psiquiátrica só tenha vindo a ocorrer no século XX, com a Psicanálise, com os novos medicamentos e com a instituição do tratamento ambulatorial da doença mental. Para alguns, o marco do nascimento da psiquiatria é referido ao tutelamento dos loucos perante o desaprisionamento, e o surgimento de uma nova ordem que levaria à ordenação de uma população estranha, perigosa e carente de razão, ou seja, os “loucos” para dentro dos hospícios (Mansur, 2013).

Segundo Foucault (2000), o mundo da loucura é o mundo da exclusão. Os hospitais eram estabelecimentos que não eram simplesmente destinados a receber os “loucos”, mas toda uma série de indivíduos bastante diferentes, que davam mostras de “alteração”. Os “loucos” foram recolhidos para que não fizessem parte da sociedade. Na

época clássica, não estavam em questão as relações da loucura com a doença; dessa forma, a loucura desaparece, fica escondida, e mantém-se silenciosa por um século.

Ao final da Segunda Guerra, surgem vários movimentos de reforma psiquiátrica por todo o mundo, destacando-se o processo de desinstitucionalização. O aparecimento do termo Saúde Mental aparece com a recém-fundada Organização Mundial da Saúde (OMS), que estimula a compreensão de saúde sobre outro conceito que não apenas biológico (Mansur, 2013).

No Brasil, o processo de institucionalização esteve associado a medidas de saúde pública de cunho higienista, com auge na década de 1850, pelo nascimento do primeiro hospital psiquiátrico, decretado pelo imperador Pedro II. Daí em diante, cresce o número de hospitais-asilos, manicômios e hospícios que mantêm em isolamento os doentes mentais.

3.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA

No Brasil, a reclusão dos doentes mentais foi além da Segunda Guerra. Enquanto em alguns países, principalmente da Europa, o conceito de doença era substituído pelo de saúde mental, aqui no Brasil, era fomentado por uma política de isolamento e aprisionamento dos doentes mentais, que enriquecia os cofres de donos de hospitais, garantindo o baixo custo com os “loucos” e a manutenção de uma política predatória. Somente com a organização dos movimentos de reforma sanitária, que se inicia na década de setenta, com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), promulgado em 1988, e o fortalecimento da organização de movimentos que garantiam os direitos da população e os deveres do Estado, é que se inicia o processo de reforma psiquiátrica no Brasil (Mansur, 2013).

A Reforma Psiquiátrica, amparada pela Lei Nº10.216/2001, “significa a mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio com a família e a comunidade. O atendimento é feito em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais, Centros de Convivência; as internações, quando necessárias, são feitas em hospitais gerais ou nos Caps/24 horas. Os hospitais psiquiátricos de grande porte vão sendo progressivamente substituídos.” (Brasil. Ministério da Saúde, 2013). A Reforma Psiquiátrica tem como propósito devolver ao cidadão com transtorno mental a garantia de alguns direitos sociais que lhe foram destituídos e propiciar a sua integração à sociedade.

No âmbito da doença mental, as pessoas que sofrem deste problema são historicamente excluídas socialmente. Aqueles que estão envolvidos com drogas são ainda mais excluídos, são alvo de políticas públicas e dispositivos que ora criminalizam, ora medicalizam, “presente num certo descompromisso ético-político por parte de profissionais de saúde, profissionais do direito, da previdência e da assistência social, que administram com ambiguidade a ideia de uma sociedade onde os “loucos” e o usuário de substâncias psicoativas sejam pares, parceiros na definição de políticas e nos seus próprios tratamentos” (Pitta, 2011, p. 4581).

Esse formato de exclusão perante as drogas foi fortemente influenciado por movimentos e decisões internacionais. O crescimento exponencial das indústrias de bebidas alcóolicas nos Estados Unidos da América (EUA) gerou, neste país, um posicionamento proibicionista de guerra às drogas, que veio a constituir o alicerce ideológico para as políticas públicas sobre drogas ao redor do mundo (Santos, 2012; Mângia, 2008). No Brasil, sob essa influência, foram incluídos, no Código Penal Brasileiro dois decretos: um propondo pena de prisão para aqueles que vendessem ópio, derivados e cocaína, e outro decreto criando os sanatórios para toxicômanos. Estes decretos, gerados no início do século XX, cumpriam com o papel de conter a alta demanda de consumo de substâncias psicoativas e manter excluída uma população empobrecida, marginalizada e com altos índices de criminalidade.

Passados alguns anos da homologação da Lei Nº 10.216/2001, e diante do atual contexto, novas reformas da lida psiquiátrica fazem-se necessárias perante o desafio de enfrentar os antigos estigmas que compõem a enfermidade mental e a atual epidemia de uso de substâncias psicoativas.

Segundo Colvero (2004, p.198): “ No modelo de atenção atual, a política assistencial vigente preconiza a diminuição da oferta de leitos hospitalares e a criação de serviços substitutivos de atenção à saúde mental deslocando, assim, o segmento e evolução dos tratamentos para o interstício das dinâmicas familiares mobilizadas pela inclusão dos portadores de transtorno mental. De concreto, sabemos que não há serviços na comunidade suficientes e disponíveis que consigam dar conta da demanda de portadores de transtorno mental e seus familiares com efetividade. Sabemos, também, que a ocorrência de uma doença mental ativa uma série de respostas nas pessoas de seu grupo social, especialmente entre aqueles do convívio social.” E é dentro desse complexo contexto, associado ao processo de reorganização da estrutura e das políticas públicas de saúde, que se faz

necessário distinguir a atuação dos diversos setores da saúde relativa à abordagem da drogadição e, em especial, ao usuário de *crack*.

3.3 CRACK

3.3.1 Crack – a droga

A cocaína é um poderoso estimulante, extremamente viciante, que afeta diretamente o cérebro, cujos efeitos se desgastam rapidamente. É obtida das folhas da planta *Erythroxylon coca*, que cresce nas regiões montanhosas da América do Sul, principalmente no Peru e na Bolívia. Na década de noventa, e depois de vários esforços para reduzir o cultivo nesses países, a Colômbia se tornou o país com o maior cultivo de coca. As folhas são transformadas em pó de cloridrato de cocaína. O *crack* pode ser obtido por meio de uma mistura de cloridrato de cocaína (cocaína em pó), ou da mistura da pasta da coca, ou da pasta base, com outras substâncias alcalinas que aumentam seu pH, baixam sua temperatura de fusão e a tornam mais nociva à saúde (United States. National Institute of Health, 2012 ; Ribeiro *et al.*, 2012).

Para transformar a cocaína em *crack*, o pó é aquecido num microondas com bicarbonato de sódio, água e diversos solventes, formando cristais (pedras) que fumados produzem efeito mais potente e aditivo (Ford, 2004; United States. National Institute of Health, 2010; Mansur, 2013; São Paulo. Secretaria de Participação e Parceria, 2006). O *crack* é uma preparação de cocaína que sofreu uma mudança farmacocinética, tornando a droga mais potente por aumentar seu potencial de dependência química (Ribeiro; Laranjeira, 2012).

O *crack* habitualmente fumado é facilmente derretido e vaporizado por meio de cachimbos improvisados de vidro, latas ou garrafas de plástico que são usados como condutores, pois esta é a maneira mais rápida para obter a droga para o cérebro; mas também pode ser injetado por adição de um ácido, o que não ocorre aqui no Brasil. O nome "*crack*", como é conhecido nas ruas, para a pedra ou cristal de cocaína, recebe este nome por produzir estalos quando se queima e se fuma esta mistura. (Ford, 2004; United States. National Institute of Health, 2010).

Os usuários se sentem mais alerta, com energia, confiantes, fisicamente fortes, e, frequentemente, acreditam que eles reforçaram sua capacidade mental. O principal efeito é o bloqueio da recaptação de dopamina e de outras monoaminas, como noradrenalina e

serotonina, levando ao acúmulo desses neurotransmissores na fenda sináptica. No formato de pedra, fumado como *crack*, tem efeitos mais intensos e imediatos, porque, nesta forma, o fármaco é transferido para o cérebro muito mais rápido. Doses excessivas podem causar graves problemas de saúde, como edema pulmonar, insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio, derrame cerebral, acidente vascular cerebral, hipertermia e até a morte. Após os efeitos do uso do *crack*, aparecem fadiga, depressão, ideação paranoide e despersonalização. O uso crônico resulta em dependência física e psicológica marcante.

A rapidez do pico de ação, a intensidade e a duração do efeito causado por uma substância química estão relacionados a sua capacidade de gerar dependência. A cocaína refinada leva cerca de 15 minutos até seu pico de ação, que dura até 45 minutos. Já as formas fumadas e injetáveis têm ação imediata, mais intensa e efêmera (5 minutos), potencialmente mais dependogênica (Ford, 2004; United States. National Institute of Health, 2010; Mansur, 2013; São Paulo. Secretaria de Participação e Parceria, 2006). Apesar de tantos efeitos descritos, os efeitos colaterais físicos mais comuns do uso do *crack* são os problemas respiratórios, os problemas cardíacos e a perda de peso rápida; as consequências psicológicas mais comuns são paranoia, agressividade e depressão (Connolly *et al.*, 2008).

3.3.2 Perfil do usuário e padrão de consumo

Segundo Duailibi (2008), habitualmente, o usuário de *crack* utiliza ou tem antecedentes de consumo de outras substâncias. Em geral, o início do uso está associado ao tabagismo e uso concomitante de álcool, em idade precoce e de modo pesado. Quando comparados aos usuários de cocaína intranasal, parecem possuir um padrão mais grave de consumo, maior envolvimento em atividades ilegais, maior risco de efeitos adversos ao uso de cocaína, maior envolvimento com prostituição e soro positividade ao HIV, e, ter mais chance de ser morador de rua.

As “categorias” de usuários são muito generalizadas e, frequentemente, se sobrepõem. Conforme o Royal College of General Practitioners (RCGP) (Ford, 2004), vêm sendo reconhecidas três categorias de consumo, principalmente para a cocaína: 1) Os “usuários recreacionais”, que utilizam a droga infrequentemente e em pequenas quantidades, nas ocasiões de encontros sociais com amigos. Entretanto, se o uso aumenta, eles se movem para a categoria seguinte: 2) “Binge uso” ou “usuários problemáticos” que procuram ativamente a droga e compram quantidades maiores para o uso, planejam atividades sociais que envolvam a droga e estabelecem um padrão reconhecível de uso,

isolando-se dos outros e usando grandes quantidades de uma só vez. Esse padrão de uso é potencialmente fatal e esses usuários, muitas vezes, se apresentam para obter ajuda; 3) “Usuário dependente ou crônico” - irá consumir tanto quanto possível, e podem demonstrar um padrão ameaçador à vida, ou seja, não há limites para o uso, além de encontrar o tempo e o dinheiro para usar. Relacionamentos e trabalho são afetados ou são inexistentes, e tendem a apresentar sinais físicos e psicológicos de uso. Reconhecer estes padrões, de certa maneira, orientam formas de intervenção.

3.3.3 O crack na atualidade e as políticas públicas

Foucault (2000, p.74) afirma que “na realidade, uma sociedade se exprime positivamente nas doenças que manifestam seus membros”. O usuário de *crack* é a versão fiel do mundo no qual vive, e, ao pensar políticas públicas, não podemos esquecer que devolver passivamente o ex-usuário a uma sociedade que fomenta a adição em todas as formas é negar a crise da sociedade (Kalina; Kovadloff, 1999).

O *crack* surgiu nos Estados Unidos na década de 1980 em bairros pobres de Nova York, Los Angeles e Miami. O baixo custo e o fácil acesso facilitou sua popularização, já que a possibilidade de fabricação caseira e a intensidade de efeitos produzidos pela droga tornavam-na a atração entre os jovens.(Brasil. Secretaria Nacional sobre Drogas, 2013)

No Brasil, a droga chegou a São Paulo no final dos anos oitenta e início da década de 1990, e, por ter baixo custo para a sua produção, disseminou-se rapidamente nas demais capitais, estando presente nos principais centros urbanos do país, alcançando cidades do interior e da zona rural (Brasil. Secretaria Nacional sobre Drogas, 2013)

O Relatório Mundial sobre Drogas (United Nations Office on Drugs and Crime, 2011) refere que 4.8% da população entre 15-64 anos de idade consumiu alguma substância ilícita, pelo menos, uma vez em anos anteriores. A cocaína e o *crack* são consumidos por 0,3% da população mundial, estando a maior parte dos consumidores concentrados nas Américas (70%). (São Paulo: Secretaria de Participação e Parceria, 2006)

O Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Medicina (Conselho Federal de Medicina, 2011) realizaram em conjunto uma diretriz geral para a assistência integral ao *crack*, em que estimam, por meio de dados da OMS para o Brasil, que existam 3% de usuários, o que implicaria 6 milhões de brasileiros usuários de crack e/ou cocaína. O Ministério da Saúde trabalha com 2 milhões de usuários, sendo que um estudo da Unifesp

refere que um terço dos usuários encontra a cura, outro terço mantém o uso e outro terço morre (Conselho Federal de Medicina, 2011).

No Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, composto por doze unidades de Atenção Primária à Saúde, dados do ano de 2010 referentes ao atendimento ambulatorial a transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa chegaram a quase 3.000 pessoas (2,76 %); considerando que este serviço era responsável pela saúde de 108.565 habitantes naquela época, e que a informação é decorrente daqueles que buscaram algum tipo de atendimento, é possível supor que este dado componha apenas uma parte do problema e que, mesmo assim, encontre-se coerente com as estatísticas previstas.

Os dados da última pesquisa realizada pela Fiocruz e divulgada em setembro deste ano, revelam que os usuários regulares de crack e/ou de formas similares de cocaína fumada (pasta-base, merla e oxi) somam 370 mil pessoas nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Com a metodologia utilizada nesta pesquisa o número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país é 6 vezes menor do que a obtida anteriormente. (Cavalcante, 2013)

As políticas públicas contra o *crack* recebem um enfrentamento da situação por parte do governo federal, na atualidade, por meio da ação de um programa de atuação chamado: “ Programa *Crack*, é possível vencer! ”. Este programa prevê investimento financeiro de R\$ 4 bilhões de recursos federais e ações dos ministérios da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, além da Casa Civil e da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República até o ano de 2014 (Brasil. Secretaria Nacional Sobre Drogas, 2013). Para receber o Programa, é necessário que o Estado realize adesão e cumpra às normas exigidas para a participação.

Na realidade, apesar do aumento no consumo da droga, a dependência é considerada apenas um problema de “doença mental” e, como tal, vem sendo encarada. As autoridades divergem quanto à necessidade de prevenção nos diversos âmbitos de atuação na sociedade, e questionam sobre qual é o melhor formato de atenção e tratamento da situação. Sendo assim, as políticas públicas ainda se encontram com uma atuação incipiente, em forma de programas pontuais, e o tráfico consegue ser mais eficiente que a repressão imposta pela polícia e o acesso sistematizado nos setores da saúde.

3.3.4 O papel da Atenção Primária à Saúde no manejo da adição e do crack

O abuso de substâncias encontra-se entre os principais problemas de saúde pública no país (Brasil. Ministério da Saúde, 2004). Embora nem sempre reconhecido, o problema vem tomando proporções epidêmicas. Estimativas da Sociedade Médica Americana de Adição (American Society of Addiction Medicine, 1997) referem que um de cada cinco pacientes vistos na APS tem o transtorno. Entretanto, o primeiro impasse à abordagem da situação se dá pela grande resistência dos profissionais, na APS, em lidar com os transtornos mentais em geral e os relacionados ao abuso e dependência de substâncias. Parte desta situação é explicada, na literatura, por haver lacunas na formação e no treinamento dos profissionais. Estes técnicos receberam pouco ou quase nenhum treinamento formal, seja para realizar a detecção e diagnóstico, seja para realizar o cuidado e tratamento (Washton; Zweben, 2009; McDaniel *et al.*, 2005). Então, apesar da alta prevalência, poucos treinamentos em saúde mental e cursos específicos com supervisão clínica são oferecidos.

Essa deficiência propicia indiferença dos profissionais ao problema e causa sensação de impotência perante os casos declaradamente apresentados, conseqüentemente geram maior referenciamento e estabelecem a crença de que os casos de saúde mental e os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas devam ser tratados somente por especialistas da área de saúde mental ou por programas de recuperação (Washton; Zweben, 2009).

Para tornar mais complexa a situação, as pessoas com drogadição carregam um estigma antigo de serem pouco responsivas a qualquer tipo de tratamento, e, historicamente, são compreendidas como tendo transtorno de caráter, ou seja, sendo consideradas pessoas não confiáveis. Embora alguns usuários de drogas apresentem transtornos de personalidade, eles constituem uma minoria, e os estudos vêm mostrando que o uso crônico de substâncias psicoativas induz distorções estereotipadas no comportamento e na personalidade em consequência de alterações cerebrais causadas pelas drogas, e pelas exigências comportamentais de manter a adição e, ao mesmo tempo, escondê-la dos outros (Washton; Zweben, 2009).

Existem muitas razões para nos preocuparmos com ações efetivas na abordagem dos transtornos relacionados ao uso de substâncias, pois, além de serem altamente prevalentes na população geral, são, também, muito frequentes entre as pessoas que procuram ajuda para outros tipos de problemas de saúde clínica ou mental, e, segundo a

ASAM, a detecção e a intervenção precoce podem ser estratégias eficazes em diminuir a duração e, portanto, a prevalência destas condições na população. Além disso, a intervenção precoce pode diminuir o padrão de problemas resultantes do uso da substância.

Estima-se que mais de dois terços das pessoas com dependência química procuram o atendimento médico de cuidados primários ou cuidados urgentes a cada seis meses. Assim, os profissionais da saúde têm uma oportunidade para reconhecer, diagnosticar e intervir em casos de problemas de uso de substâncias e transtornos relacionados com substâncias (American Society of Addiction Medicine, 2005).

Uma revisão da literatura disponível pela ASAM leva à conclusão de que o rastreamento para o álcool e outros problemas de drogas é um processo clínico que é eficaz em melhorar os resultados de saúde, um processo de custo-benefício que reduz gastos de saúde geral, uma intervenção de saúde preventiva que é de importância equivalente a outras intervenções de triagem, tais como triagem para câncer de mama ou colo do útero, e uma atividade que deve ser promovida de forma que ela se tornará parte da consciência pública dos consumidores de cuidados de saúde, fornecedores, compradores, administradores, gerentes de qualidade, e ao público de decisores políticos.

É encontrado na literatura que a drogadição é um problema de saúde pública em nível mundial, que é uma doença crônica e que, por causar sérios transtornos com repercussão biológica, psicológica e social, as políticas de intervenção devem dirigir esforços em todos estes setores para se aproximar de melhores resultados.

Na revisão da literatura, para dar início aos trabalhos da revisão sistemática, institutos internacionais, como o NIDA (National Institute on Drug Abuse), o BAP (The British Association for Psychopharmacology), o HRB (Health Research Board), o NTA (National Treatment Agency – agência responsável por drogas na Inglaterra), o RCGP (Royal College of General Practitioners), a OMS (Organização Mundial da Saúde), o EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), entre outros, referem que as opções de tratamento para a dependência de cocaína são intervenções psicossociais, como entrevista motivacional, terapia cognitivo-comportamental, treinamento comportamental de autocontrole e intervenções gerais no âmbito da prevenção e do aconselhamento. São unânimes em afirmar que as opções farmacológicas não colocam em evidência nenhum fármaco em especial, não há medicações específicas para terminar ou diminuir com a fissura; alguns órgãos referem estudos que mostram fármacos promissores, mas nenhum específico para cocaína e muito menos para o *crack*, embora o tratamento medicamentoso possa auxiliar a melhorar o prognóstico de pacientes com

comorbidades, beneficiar seu funcionamento e ajudar a mantê-los participando das abordagens psicossociais oferecidas em diversos ambientes.

O Centro Europeu de Monitoramento para Drogas e Adição a Drogas refere, claramente, que existe uma oferta limitada de tratamento de cocaína em ambientes de cuidados primários de saúde. Poucos países desenvolveram diretrizes específicas para o trabalho em Atenção Primária à Saúde relativas ao manejo do usuário de *crack*; sendo que a maior parte da literatura direciona intervenções que são relativas à cocaína, e que foram generalizadas ao usuário de *crack*, embora a farmacocinética seja outra.

Segundo Kessler e Pechansky (2008), o uso do *crack* proporciona uma velocidade de deterioro da vida mental, orgânica e social do indivíduo, que embora a abordagem deva ser multidisciplinar e dividida em diversas etapas através de um modelo complexo de característica biopsicossocial, enfocando especialmente as estratégias de prevenção e recaída, a estratégia que parece demonstrar maior resultado passa por uma estrutura de tratamento de longo prazo, que contempla uma internação inicial em ambiente psiquiátrico localizado em hospital geral, e, se estende para um modelo de atendimento baseado em comunidades terapêuticas fechadas ou com alto grau de intensidade de tratamento, também por longos períodos.

Ribeiro e Laranjeira (2012) referem que há uma possibilidade ilimitada de modelos de tratamento, cada um imprimindo vantagens e desvantagens, nenhum superior ao outro. Entretanto, a definição da escolha do serviço será mais adequada de acordo com o momento do tratamento que o usuário necessita, como, por exemplo, apresentar uma crise de abstinência, uma sintomatologia clínica grave decorrente de uma overdose, assim por diante. Os autores afirmam, também, que “o Brasil ainda não estruturou seus serviços de saúde em níveis de atendimento, tampouco normatizou o papel de cada profissional da saúde no tratamento da dependência química e que tal carência dificulta o encaminhamento racional daqueles que procuram auxílio especializado, sobrecarregando setores que deveriam se responsabilizar por apenas uma parte do tratamento”.

Em um dos capítulos do livro “O tratamento do usuário de *Crack*”, organizado por Ribeiro e Laranjeira (2012), constata-se, mais uma vez, a importância dirigida à APS pela necessidade de ocupar o espaço que, por direito e dever, seria seu, e, ali, sugere a utilização de escalas diagnósticas como ferramenta para auxiliar o clínico a identificar esses transtornos, de maneira a padronizar e tornar mais confiável a análise dos dados. Com certeza, as escalas de avaliação são instrumentos de medida muito úteis, utilizados em pesquisa clínica e onde os locais de aplicação já venceram o “ranço” de discutir o processo

de trabalho - uma das fragilidades da APS, no sentido de definir quem possa aplicar a escala, quem faz o quê. Já que pressupomos que até 50% ou mais pessoas que passam pelos ambulatorios terão algum sofrimento difuso com sintomas psiquiátricos, o uso de escalas como ferramenta, em todas as consultas, se uniria às outras escalas de abordagem para as demais patologias e, conseqüentemente, seriam sabotadas. Sendo assim, a utilização das escalas deve levar em consideração a escolha de uma ferramenta simplificada e de rápida aplicação.

O programa “*Crack, é possível vencer!*” define três eixos de intervenção: prevenção, cuidado e autoridade, e propõe diretrizes e estratégias para atingir cada eixo e sugere oficinas de treinamentos em diversos setores, entretanto, a APS não foi contemplada. No fluxograma, até aparecem desenhadas as possibilidades de acesso ao usuário de *crack* à Estratégia Saúde da Família (ESF), mas não estão discriminadas suas ações nem são oferecidas oficinas de treinamento específico, são lacunas a serem preenchidas. Assim, o papel e a função da Atenção Primária à Saúde na rede de cuidado ao usuário de *crack* devem ser estabelecidos e discriminados.

3.3.5 Princípios do tratamento para adição em drogas e o que há de efetivo contra o crack na APS em outros centros

Recentemente, em dezembro de 2012, o Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (United States. National Institute of Health, 2012), do Departamento de Saúde dos Estados Unidos da América lançou a revisão sobre a terceira edição dos princípios do tratamento para adição em drogas em geral. Segundo a introdução aos trabalhos, há referência de serem esses princípios o resultado de quase quatro décadas de pesquisa científica e a prática clínica. Como são abordagens eficazes para o tratamento da dependência química, estão aqui dispostos:

3.4 PRINCÍPIOS DO TRATAMENTO EFETIVO:

1. O vício é uma doença complexa, mas tratável, que afeta o funcionamento do cérebro e o comportamento. Drogas de abuso alteraram a estrutura e função do cérebro, resultando em mudanças que persistem por muito tempo depois que o uso de drogas cessou. Isto pode explicar porque os usuários dependentes de drogas estão em risco de recaída mesmo após longos períodos de abstinência e apesar das conseqüências potencialmente devastadoras.

2. *Nenhum tratamento em especial é apropriado para todos.* O tratamento varia dependendo do tipo de droga e as características dos pacientes. Combinar ambientes de tratamento, intervenções e serviços para os problemas e necessidades específicas de um indivíduo é fundamental para o seu sucesso final em retornar para um funcionamento produtivo em família, no local de trabalho e na sociedade.

3. *O tratamento deve estar prontamente disponível.* Como as pessoas viciadas em drogas podem estar incertas sobre iniciar o tratamento, aproveitar os serviços disponíveis no momento em que as pessoas estão prontas para o tratamento é essencial. Pacientes potenciais podem ser perdidos se o tratamento não estiver imediatamente disponível ou facilmente acessível. Assim como com outras doenças crônicas, quanto mais precoce o tratamento é oferecido no processo da doença, maior a probabilidade de resultados positivos.

4. *O tratamento eficaz atende a múltiplas necessidades do indivíduo, e não apenas o seu abuso de drogas.* Para ser eficaz, o tratamento deve abordar o abuso de drogas do indivíduo e qualquer problema médico, psicológico, social, profissional e legal associados. Também é importante que o tratamento seja adequado para a idade do indivíduo, gênero, etnia e cultura.

5. *Permanecer em tratamento por um período de tempo adequado é essencial.* A duração apropriada para um indivíduo depende do tipo e grau de problemas, e necessidades do paciente. As pesquisas indicam que os indivíduos mais viciados precisam de, pelo menos, três meses em tratamento para reduzir significativamente ou cessar o seu uso de drogas e que os melhores resultados ocorrem com maiores durações de tratamento. Recuperação da dependência de drogas é um processo em longo prazo e, frequentemente, requer vários episódios de tratamento. Tal como acontece com outras doenças crônicas, recaídas ao abuso de drogas podem ocorrer e devem sinalizar a necessidade de que o tratamento seja reestabelecido ou ajustado. Como as pessoas, muitas vezes, deixam o tratamento prematuramente, os programas devem incluir estratégias para envolver e manter os pacientes em tratamento.

6. *Terapias comportamentais – incluindo aconselhamento individual, familiar ou em grupo – são as formas mais utilizadas de tratamento do abuso de drogas.* Terapias comportamentais variam em seu foco e podem envolver a abordagem da motivação do paciente para mudar, proporcionando incentivos para a abstinência; a construção de habilidades para resistir ao uso de drogas; a substituição de atividades de utilização de drogas por atividades construtivas e gratificantes; a melhora das habilidades de resolução

de problemas; e a facilitar melhores relacionamentos interpessoais. Além disso, a participação na terapia de grupo e em outros programas de apoio entre usuários, durante e após o tratamento, pode ajudar a manter a abstinência.

7. Os medicamentos são um elemento importante do tratamento de muitos pacientes, especialmente quando combinados com aconselhamento e outras terapias comportamentais.

8. O tratamento de um indivíduo e um plano de serviços devem ser avaliados continuamente e modificados conforme necessário para garantir que atenda às suas necessidades. Um paciente pode necessitar de diferentes combinações de serviços e componentes do tratamento durante o curso do tratamento e da recuperação. Além de aconselhamento ou psicoterapia, um paciente pode precisar de medicação, serviços médicos, terapia familiar, instrução dos pais, reabilitação profissional e/ou serviços sociais e legais. Para muitos pacientes, a abordagem de cuidados continuados fornece os melhores resultados, com a intensidade do tratamento variando de acordo com a evolução das necessidades de uma pessoa.

9. Muitos indivíduos dependentes de drogas também têm outros transtornos mentais. Como o abuso e dependência de drogas (ambos transtornos mentais), muitas vezes, ocorrem concomitantemente a outras doenças mentais, os pacientes que apresentam uma condição devem ser avaliados para outra(s). E quando há concomitância, o tratamento deve visar a ambos (ou a todos), incluindo o uso de medicamentos, conforme apropriado.

10. Desintoxicação medicamente assistida é apenas o primeiro estágio do tratamento da dependência e, por si só, faz pouco para mudar o abuso de drogas em longo prazo. Embora a desintoxicação medicamente assistida possa seguramente manejar os sintomas físicos agudos da abstinência e possa, para alguns, pavimentar o caminho para o tratamento eficaz em longo prazo, a desintoxicação sozinha é raramente suficiente para ajudar indivíduos dependentes a atingirem a abstinência em longo prazo. Assim, os pacientes devem ser encorajados a continuar o tratamento para drogas após a desintoxicação. Aprimoramento motivacional e estratégias de incentivo, iniciados no começo da internação do paciente, podem melhorar o engajamento ao tratamento.

11. O tratamento não necessita ser voluntário para ser eficaz. Os desejos da família, as definições do emprego e/ou do sistema de justiça criminal podem significativamente aumentar iniciação em tratamento, taxas de permanência, e o sucesso definitivo das intervenções para tratamento de drogas.

12. *O uso de drogas durante o tratamento deve ser monitorado continuamente, pois lapsos durante o tratamento podem ocorrer.* Saber que o uso de drogas está sendo monitorado pode ser um poderoso incentivo para os pacientes e pode ajudá-los a resistir aos impulsos de usar drogas. O monitoramento também fornece uma indicação precoce de um retorno ao uso de drogas, sinalizando uma possível necessidade de ajustar o plano de tratamento de um indivíduo para melhor atender às suas necessidades.

13. *Programas de tratamento para pacientes devem testar a presença de HIV/AIDS, hepatite B e C, tuberculose e outras doenças infecciosas, assim como proporcionar orientação para redução de riscos, vinculando os pacientes a tratamentos, se necessários.*

O Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (HSS) divulgou o acrônimo **AAAAA** (**A**sk - pergunte, **A**ssess - avalie, **A**dvice - oriente, **A**ssist - auxilie, **A**rrange – organize) para abordagem em dependências de tabaco, álcool e abuso de substâncias. No *screening* para abuso de substâncias, utilizam como instrumento de abordagem o questionário “CAGE” adaptado, que está incluído no primeiro A do acrônimo (McDaniel *et al*,2005).

Alguns países na Europa, em especial os do Reino Unido, além de seguirem princípios para a abordagem à drogadição em geral, semelhantes aos referidos pelo Serviço de Saúde Americano, definiram diretrizes específicas relativas à abordagem do *crack* na APS. O Royal College of General Practitioners (Ford, 2004) formulou um guia de orientação em cuidados primários para trabalhar com os usuários de cocaína e *crack*, e esse guia representa, entre alguns exemplos, o modelo mais coerente e organizado para a APS. Este modelo descreve o perfil e a compreensão sobre o usuário, e fornece orientações de como o médico e os outros profissionais podem abordar o problema. Assim como outras instituições de referência internacional, afirmam não haver medicação específica ao tratamento do usuário de *crack* e sim aos sintomas individuais que se apresentam após a interrupção do uso da droga, não há medicação substituta, embora muitos tenham tentado, e é preciso ter cuidado para não tentar o tratamento farmacológico no qual há pouca ou nenhuma base de evidências para tal intervenção. Sustentam que terapias psicológicas continuam a ser os pilares do tratamento.

A Redução de Danos (RD) é uma alternativa no tratamento de *crack*, mas a possibilidade de manter o uso da droga potencializa a ambiguidade de alguns serviços em utilizar e indicar a RD como uma opção de tratamento, entretanto, o EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2011) relata estudos realizados na Alemanha e no Reino Unido, com redução de danos em serviços comunitários, que

chegam a 60% de abstinência após 1 ano em tratamento. No Reino Unido, são fornecidas orientações, como aconselhar os usuários de cachimbo a substituírem o uso de garrafas de plástico ou latas de alumínio para cachimbos de vidro de qualidade, e evitar a inalação de cinzas, tinta, poeira, água e outras partículas para os pulmões, sugerem ao paciente definir regras para si mesmo e cumpri-las, como adiar o primeiro cachimbo do dia tanto quanto possível (Ford, 2004). No Brasil, as estratégias de RD têm causado grande polêmica desde sua implantação (Niel; Silveira, 2008). Apesar disso, alguns serviços fornecem cachimbos, preservativos, material educativo e orientações sobre possibilidades de tratamento, mas enfrentam barreiras com a legislação em relação ao trabalho de campo e interrupções de fundos de investimentos que matem os programas (Domanico; Malta, 2012).

3.5 CONSIDERAÇÕES CONCEITUAIS

O abuso de substâncias vem sendo considerado um problema de Saúde Pública por estar associado com significativa morbidade, mortalidade e alto custo econômico. As equipes de APS devem estar familiarizadas em abordar os usuários de substâncias e suas famílias, para tanto, é fundamental lembrar alguns conceitos para identificar as possibilidades de atuação.

Os conceitos habitualmente encontrados na literatura levam em consideração o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV/DSM5), que atua como uma “diretriz e tem o escopo da saúde mental exclusivamente” (Gusso *et al.*, 2012, p. 342). Não cabe aqui iniciar uma discussão sobre a melhor classificação para o contexto da APS. A lógica da APS valoriza o motivo que traz a pessoa ou a família à consulta e não necessariamente a categorização por diagnósticos específicos, dessa forma, persiste a necessidade de considerar o motivo da consulta, e, ainda, incluir as diretrizes conceituais que possam orientar a abordagem.

Sobre os transtornos relacionados ao uso de substâncias, acreditamos que o melhor conceito é aquele trazido por Washton e Zweben (2009, p.16) que compreende que o problema ocorra não somente decorrente da predisposição genética, mas da combinação de fatores de origem biológica, psicológica, pessoal e sócio-cultural, que possam ocorrer na vida de uma pessoa e que para ela aumente a probabilidade de uso abusivo e problemático. Este conceito remete ao entendimento multifatorial que pode predispor as pessoas a desenvolver uma adição.

O termo substância refere-se a uma droga de abuso, um medicamento ou a uma toxina, mas, nesta dissertação, refere-se ao uso específico de *crack*. A exposição a esta droga pode levar a um transtorno relacionado a esta substância, embora seja frequente que os usuários de *crack* também tenham antecedentes de uso de outras drogas e com comportamento de risco. O perfil do consumidor de *crack* é alguém, em geral, que se encontra em uma situação de vulnerabilidade; muitas vezes, é um jovem, desempregado, com baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo, proveniente de uma família desestruturada, exposto a eventos traumáticos na vida e forças sociais ou culturais que ampliam e incentivam as possibilidades de comportamento de risco. (Washton, Zweben, 2009)

O uso preocupante de substâncias, em geral, está associado a um comportamento que vai desde o uso abusivo ao uso com dependência, levando em consideração o DSM-IV.

Segundo o DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002), a característica essencial da Dependência de Substância consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela. O diagnóstico de dependência está diretamente relacionado ao comportamento compulsivo de consumo da droga, que resulta em tolerância e abstinência. A dependência é definida como um agrupamento de três ou mais sintomas, incluídos como critérios descritos no DSM-IV, ocorrendo em qualquer momento, no mesmo período de 12 meses. Já no DSM-5, publicado este ano, não há mais a preocupação relativa a diferença conceitual entre dependência química e abuso de substância para o Transtorno por Uso de Substâncias. A nova classificação considera o padrão patológico de comportamentos relacionados com a utilização da substância que cabem dentro de grupos globais como: controle prejudicado, prejuízo social, uso de risco e critérios farmacológicos. Além disso, discrimina cada uma das situações conforme a severidade do transtorno em: leve, sugerido pela presença de dois a três sintomas; moderado, por quatro a cinco sintomas; e, severo por 6 ou mais sintomas. No transtorno específico por uso de estimulantes, como cocaína e *crack*, o diagnóstico é realizado pela apresentação de pelo menos dois aspectos de prejuízo ou sofrimento significativo dentro de um período de doze meses (American Psychiatric Association, 2013).

No portal do Ministério da Saúde, apesar de referir que é um mito acreditar que o crack cause dependência ao primeiro contato de uso, adverte que, por a droga ser absorvida

quase que totalmente pelo corpo, somente o uso recorrente causa dependência, e que o maior problema se encontra por trazer sensações muito intensas e desagradáveis, muito rapidamente após o uso, que leva o indivíduo a querer repetir a experiência, e, a repetição leva à dependência (Brasil. Secretaria Nacional Sobre Drogas, 2013).

O termo *adicto*, por ter uma conotação pejorativa, associada a atitudes estereotipadas e negativas que perpetuam uma imagem de homogeneidade entre as pessoas com transtorno de substância, então, foi aqui substituída por *usuário*.

3.6 SOBRE A METODOLOGIA UTILIZADA

A Atenção Primária à Saúde pode oferecer uma série de intervenções úteis para as pessoas, uma delas trata-se de melhorar a saúde e outra de diminuir as diferenças entre subgrupos na população, facilitando seu acesso aos serviços de saúde e ofertando ótimo nível de cuidado. Focar na qualidade, incluir a relação custo-efetividade, assim como centrar a abordagem de saúde nas pessoas, direcionando a atenção à proteção e promoção de saúde, são alguns dos quesitos propostos pela Organização Mundial da Saúde para construir a base da atenção primária dos serviços de saúde (Starfield, 2002). Sendo assim, para o aperfeiçoamento de nosso sistema de saúde e de nossos profissionais, torna-se essencial a integração entre as melhores evidências de pesquisa, a habilidade clínica e o conhecimento dos valores das pessoas envolvidas e suas comunidades para a consolidação da APS no Brasil.

Como a Medicina é uma ciência em constante ebulição e evolução, são gerados inúmeros livros, revistas, teses, dissertações, artigos científicos e diversas outras fontes de informação dispostas a oferecer conhecimento e ampliar as possibilidades de tomada de decisão clínica. Esses esforços, para oferecer informações completas, precisam, ainda, ser baseados em evidências que apoiem a prática clínica e proporcionem melhores cuidados aos pacientes. As informações científicas precisam ser, também, de alta qualidade e apresentarem-se de forma sistematizada; com tudo isso, torna-se cada vez mais difícil realizar a escolha de qual material irá facilitar a melhor decisão clínica.

As revisões sistemáticas usam uma abordagem bem-definida e uniforme para buscar a melhor evidência em estudos relevantes, identificando, avaliando e sistematizando as melhores evidências científicas; tornando explícito o caminho seguido para o desenvolvimento da revisão e explicitando os resultados destes estudos (Hulley *et al.*, 2008; Fletcher; Fletcher, 2006; Centro Cochrane Iberoamericano, 2012). As revisões

sistemáticas identificam os estudos que abordam uma questão de pesquisa específica, e avaliam os resultados para chegar a conclusões sobre um corpo de conhecimentos. Os achados das revisões são particularmente úteis no desenvolvimento de diretrizes para a prática clínica (Hulley *et al.*, 2008).

Muitas pesquisas relativas ao uso e abuso de substâncias são voltadas para os níveis secundário e terciário da atenção à saúde. Existe uma lacuna importante de dados sistematizados que sejam direcionados à APS. Na tentativa de buscar conhecimento apropriado à APS, sobre a abordagem do usuário de *crack*, e contribuir para a construção do sistema de saúde mais qualificado, é que desenvolvemos esta revisão sistemática.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Identificar abordagens efetivas para o manejo de adultos usuários de *crack* em serviços de Atenção Primária à Saúde.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Sistematizar o material com a melhor evidência encontrada;
- b) Avaliar criticamente a literatura encontrada;
- c) Padronizar ações ou procedimentos identificados.

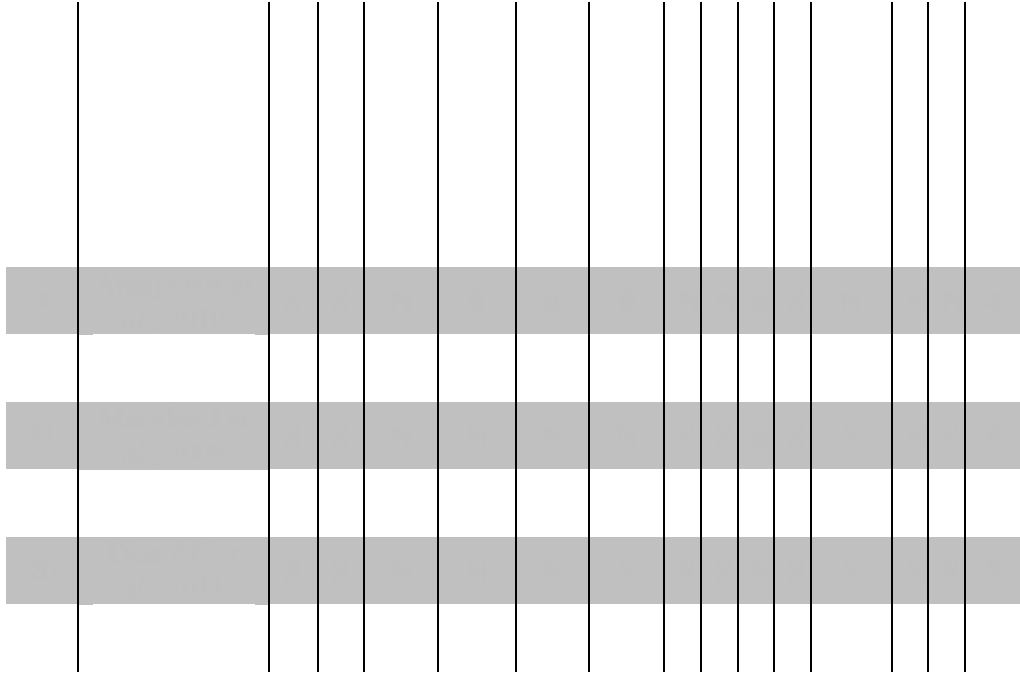
5 REFERÊNCIAS

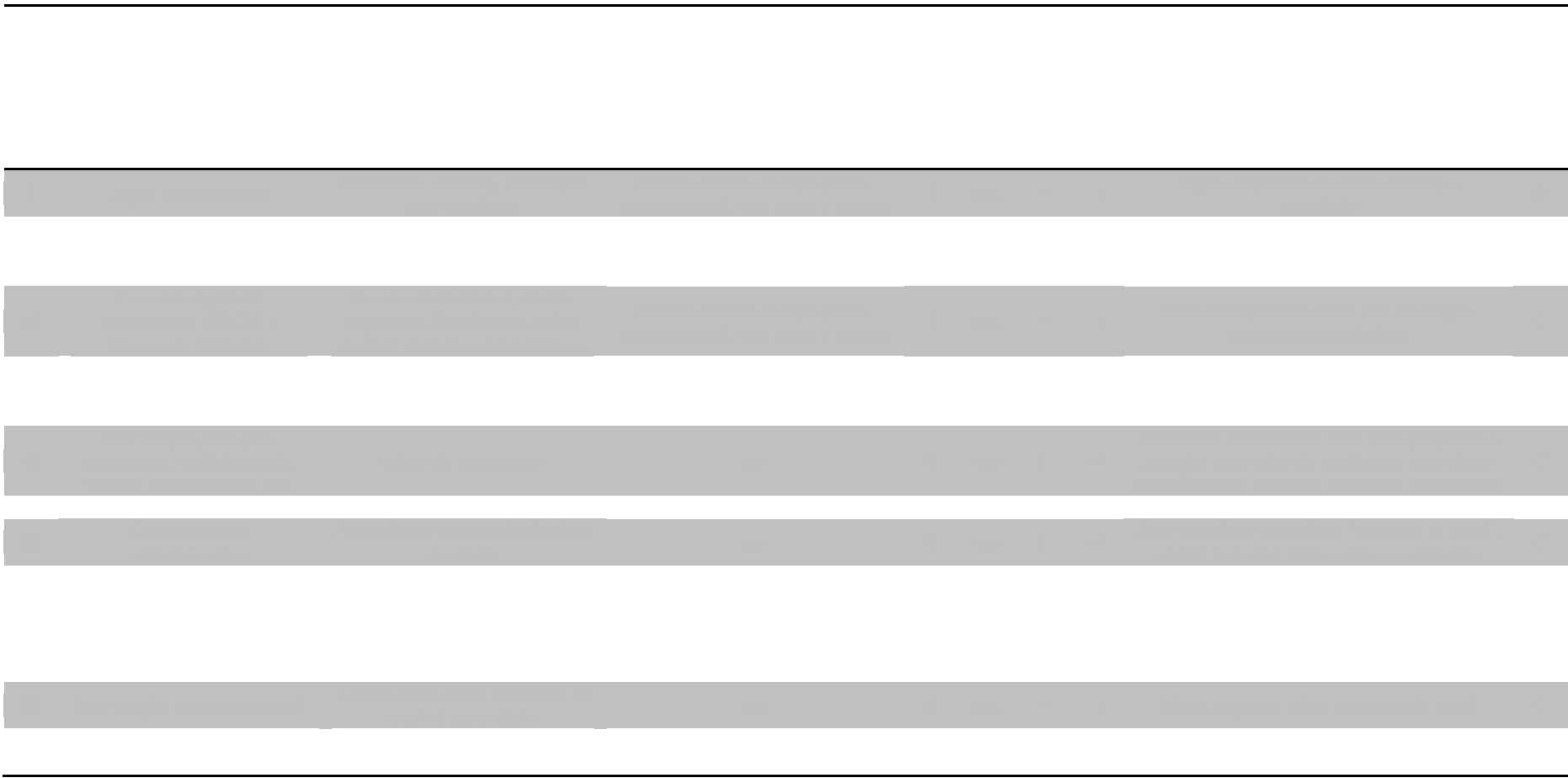
- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- American Psychiatric Association. Substance-Related and Addictive Disorders In: _____. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington; APA; 2013.p. 483-.
- American Society of Addiction Medicine. Public policy statement on screening for addicção in primary care settings.[internet] Screening for Addiction in Primary care Settings. 1997 [Citado 2013 ago. 10]. Disponível em:
<http://www.asam.org/docs/public-policy-statements/1screening-for-addiction-rev-10-97.pdf?sfvrsn=0>
- BAP, British Association for Psychopharmacology Acesso em: 8 janeiro 2013. Disponível em: http://www.bap.org.uk/pdfs/BAPaddictionEBG_2012.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. 2. ed. rev. ampl. Brasília; Ministério da Saúde; 2004 [citado 2013 ago. 10]. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_de_ad.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. O que é Reforma Psiquiátrica. [internet] Portal da Saúde: Profissional e Gestor. 2013 [citado 2013 mar. 28]. Disponível em :
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília; Ministério da Saúde; 2007 [citado 2013 mar. 03]. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf>
- Brasil. Secretaria Nacional Sobre Drogas. Crack, é possível vencer. [internet] Brasília; 2013 [citado 2013 mar. 31]. Disponível em:
<http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/home>
- Cavalcante T. Maior pesquisa sobre crack já feita no mundo mostra o perfil do consumo no Brasil. [internet] Fiocruz. 19 set. 2013 [citado 27 out. 2013]. Disponível em:
<<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>>.

- Centro Cochrane Iberoamericano. Manual Cochrane de Revisões Sistemáticas de Intervenções. [Internet] Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2012[citado 2013 jun. 20]. Disponível em: <http://www.cochrane.es/?q=es/node/269>
- Colvero LA, Ide CAC, Rolim MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev esc enferm USP*. [internet] 2004 [citado 2013 mar. 13];38(2):197-205. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000200011&lng=en&nrm=iso.
- Connolly J, Foran S, Donovan A, Carew A, Long J. Crack cocaine in the Dublin Region: an evidence base for a crack cocaine strategy. Dublin; Health Research Board; 2008. [citado 2013 jul. 29] Disponível em: http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/HRB_Research_Series_6.pdf
- Conselho Federal de Medicina. Diretrizes Gerais Médicas Para Assistência Integral ao Crack. Brasília: CFM; 2011.[citado 2013 mar. 29] Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/diretrizes-medicas-integral-crack-cfm.pdf>.
- Domanico A, Malta M. Implementation of Harm Reduction Toward Crack Users in Brazil: Barriers and Achievements. *Subst Use Misuse*. 2012;47(5):535–46.
- Duailibi, Lígia Bonacim; Ribeiro, Marcelo; Laranjeira, Ronaldo. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2008[citado 2013 jun. 29];24(suppl 4):s545-7. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001600007&lng=en&nrm=iso.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. [internet] EMCDDA. 2011 [citado 2013 ago 10]. Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/>
- Fletcher RH, Fletcher SW. Revisões sistemáticas. In: Fletcher, RH, Fletcher SW. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p 240-257.
- Ford, C. Guidance for working with cocaine and crack users in primary care. London: Royal College of General Practitioners; 2004 [citado 2013 mar. 29] Disponível em: <http://www.drugsandalcohol.ie/13634/>
- Foucault M. *Doença Mental e Psicologia*. 6. ed. Rio de Janeiro: TEMPO BRASILEIRO; 2000.
- Gusso G, Landsberg G, Pinto CMF. Prontuário Eletrônico e seu Uso de Sistema de Classificação na Atenção Primária à Saúde. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores.

- Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. P. 337-45
- Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. . Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- Kalina E, Kovadloff S. Drogadição Hoje: Indivíduo, família e sociedade. Porto Alegre: Artmed; 1999.
- Kessler F, Pechansky F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul. 2008 Aug;30(2):96–8. DOI:10.1590/S0101-81082008000300003
- Mângia EF. Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [citado 2013 mar. 29]; 24(3):711-3. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300028&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300028>.
- Mansur CG, organizador. Psiquiatria para o médico generalista. Porto Alegre: Artmed; 2013.
- McDaniel SH, Hepworth J, Campbell TL, Lorenz A. Family: Oriented Primary Care. 2nd ed. New York: Springer; 2005
- Niel M , Silveira DX, organizadores. Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo: PROAD;UNIFESP;Ministério da Saúde; 2008 [citado 2013 ago. 17]. Disponível em: http://www.researchgate.net/publication/230824010_Drogas_e_reduo_de_danos_um_a_cartilha_para_profissionais_de_sade
- Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2011 [citado 2013 mar. 29];16(12): 4579-89. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>.
- Porto Alegre. Secretaria da Saúde. Saúde Mental. [internet] Políticas em Saúde. [201-]. [citado 28 out. 2013]. Disponível em:<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=1&p_secao=686>.
- Ribeiro M, Laranjeira R, organizadores. O Tratamento do usuário de crack. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.

- Ribeiro M , Nudelman ED, Rezende EP, Yamauchi R. Farmacologia do Consumo de Crack. In: Ribeiro M, Laranjeira R, organizadores. O Tratamento do usuário de crack. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012. P. 124-
- Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Panorama Drogas. [internet] Organograma. 2010 [citado 15 jul. 2010]. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=714>>
- Santos JAT, Oliveira MLF. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. *J Nurs Health*. 2012;1(2):82-93.
- São Paulo. Secretaria de Participação e Parceria. Guia Prático sobre Uso, Abuso e Dependência de Substâncias Psicotrópicas para Educadores e Profissionais da Saúde. São Paulo: Secretaria de Participação e Parceria; 2006 [citado 30 mar. 2013]. Disponível em: http://www.mp.sp.gov.br/portal/page/portal/infanciahome_c/dr_drogadicao/dr_doutrina_drogadicao/Guia%20Pratico%20sobre%20%20Uso%20e%20Dependencia%20de%20Drogas.pdf
- Scliar M. Do Mágico ao Social: trajetória da saúde pública. São Paulo: SENAC; 2002.
- Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil/ Ministério da Saúde; 2004.
- United Nations Office on Drugs and Crime. Relatório Mundial sobre Drogas: Mercado de drogas se mantém estável, mas aumenta o consumo de drogas sintéticas e de prescrição. [internet] Escritório de Ligação e Parceria no Brasil. Nova Iorque; 2011 [citado 2013 set. 2]. Disponível em: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2011/06/23-world-drug-report-2011.html>
- United States. National Institutes of Health. National Institute on Drug Abuse. *Principles of drug addiction treatment: a research-based guide*. 3rd ed. Washington: NIH; 2012 [Citado 2013 mar. 30]. Disponível em: http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_1.pdf
- United States. National Institutes of Health. National Institute on Drug Abuse. ¿Qué es la cocaína? *Cocaína: abuso y adicción*. 2010 [Citado 2013 mar. 30]. Disponível em: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/cocaina-abuso-y-adiccion/que-es-la-cocaina>
- Washton AM, Zweben JE. Prática psicoterápica eficaz dos problemas com álcool e drogas. Porto Alegre: Artmed; 2009.





7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante a lacuna existente na Atenção Primária e consequente necessidade de guiar os cuidados em saúde a este nível, faz-se necessário traçar uma proposta coerente com a prática dos profissionais que atuam na área. A Revisão Sistemática oportunizou afirmar que os últimos dez anos de pesquisas clínicas não proporcionaram conhecimentos distintos à década anterior ao estudo. Não existem evidências fortes que surgiu um fármaco específico que seja direcionado ao tratamento do usuário de *crack* ; persistem as recomendações de selecionar individualmente as medicações que possam contribuir com a eliminação ou diminuição dos sintomas no momento de retirada da droga ou da detecção da necessidade de tratar outras comorbidades em saúde mental; a prescrição medicamentosa pelo médico deve fazer parte de um conjunto de ações, que incluem a atuação de uma equipe multiprofissional, igualmente qualificada, para o atendimento na detecção do problema e na prevenção de recaídas em longo prazo; as intervenções psicológicas (entrevista motivacional + Terapia Cognitiva Comportamental) persistem como sendo o mais útil dos tratamentos; a redução de danos pode ser mais uma ferramenta a ser compreendida e praticada, principalmente na APS; entretanto, todas estas proposições só serão efetivas e causarão impacto se somadas a tantas outras medidas que integram o sistema de saúde.

ANEXO A PLANILHA UTILIZADA PARA AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS OBSERVACIONAIS - HEALTH EVIDENCE BULLETINS WALES

APPENDIX 8

Health Evidence Bulletins - Wales: Questions to assist with the critical appraisal of an observational study eg cohort, case-control, cross-sectional. (Type IV evidence)

Sources used: Critical Appraisal Skills Programme (CASP, Anglia and Oxford RHA) questions and Polgar A, Thomas SA. Chapter 22. Critical evaluation of published research in Introduction to research in the health sciences, 3rd edition. Melbourne: Churchill Livingstone, 1995; Undertaking systematic reviews of research on effectiveness. University of York: NHS Centre for Reviews & Dissemination, 2001; Wrightman AL, Barker JM, Lancaster J. Health Evidence Bulletins Wales Project Methodology 5. Cardiff: UWCM, 2000.

Paper details Authors:

Title:

Source

A/ What is this paper about?

	Yes	Can't tell	No
1. Is the study relevant to the needs of the Project?			
2. Does the paper address a clearly focused issue?			
in terms of ξ the population studied? ξ (case-control study only) Is the case definition explicit and confirmed? ξ the outcomes considered? ξ are the aims of the investigation clearly stated?			

B/ Do I trust it?

	Yes	Can't tell	No
3. Is the choice of study method appropriate?			
4. Is the population studied appropriate?			
ξ (cohort study) Was an appropriate control group used – ie were groups comparable on important confounding factors? ξ (case-control study) Were the controls randomly selected from the same population as the cases?			
5. Is confounding and bias considered?			
ξ Have all possible explanations of the effects been considered? ξ (cohort study) Were the assessors blind to the different groups? ξ (cohort study) Could selective drop out explain the effect? ξ (case-control study) How comparable are the cases and controls with respect to potential confounding factors? ξ (case-control study) Were interventions and other exposures assessed in the same way for cases and controls? ξ (case-control study) Is it possible that overmatching has occurred in that cases and controls were matched on factors related to exposure?			

09.06.01

25

6. (Cohort study) Was follow up for long enough?	Could all likely effects have appeared in the time scale?			
	Could the effect be transitory?			
	Was follow up sufficiently complete?			
	Was dose response demonstrated?			

C/ What did they find?

	Yes	Can't tell	No
7. Are tables/graphs adequately labelled and understandable?			
8. Are you confident with the authors' choice and use of statistical methods, if employed?			
9. What are the results of this piece of research? Are the authors' conclusions adequately supported by the information cited?			

D/ Are the results relevant locally?

	Yes	Can't tell	No
10. Can the results be applied to the local situation? Consider differences between the local and study populations (eg cultural, geographical, ethical) which could affect the relevance of the study.			
11. Were all important outcomes/results considered?			
12. Is any cost-information provided?			
13. Accept for further use as Type IV evidence?		Refer to Team Leader	

Comments:

Draft Statement (if appropriate):

(Remember to include the relevant target group (age range, sex etc.); the measured outcomes/benefits with quantitative information if available; and the health gain notation)

ANEXO B PLANILHA UTILIZADA PARA AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS DE INTERVENÇÃO (GRADE)

Perfil de Evidências

Capítulo:

Revisor:

Data:

Nº artigo	Intervenção	Desfecho	Delineamento	Risco de viéses	Heterogeneidade	Evidencia Indireta	Imprecisão	Outros

ANEXO C TABELA A: NÚMERO DE ARTIGOS E ESTRATÉGIA DE BUSCA

Tabela A. Número de artigos identificados de acordo com estratégia de busca utilizada em cada base de dados bibliográficos, Porto Alegre, 2013.

Base de dados, nº de estudos e data da busca	Site e componente de termos
COCHRANE (1): 26 09/05/2013	http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lang=pt&lib=COC crack and cocaine
COCHRANE (2): 36 09/05/2013	http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lang=pt&lib=COC crack
CRD-NHS Centre for Reviews and Dissemination, the University of York e National Health Service (1): 16 14/01/2013	www.crd.york.ac.uk/crdweb crack
CRD-NHS Centre for Reviews and Dissemination, the University of York e National Health Service (2): 6 14/01/2013	http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/ResultsPage.asp?ActiveResultsTab=0&DatabaseID=0&PageNumber=1&RecordsPerPage=20&SearchSessionID=934221&LineID=863794&SearchFor=%28crack%29+AND+%28cocaine%29%3ATI+FROM+2003+TO+2013&SearchXML=%3Cadvanced%3E%3Csearchfor+field%3D%22%22%3E%28crack%29+AND+%28cocaine%29%3ATI+FROM+2003+TO+2013%3C%2Fsearchfor%3E%3C%2Fadvanced%3E&UserID=0&ShowPreviews=1&ShowPubmed=0&SearchSortField=0&SearchSortDirection=1&ShowSelected=0 crack and cocaine
EMBASE (1): 219 14/01/2013	http://embase.com/ 'cocaine'/exp OR 'cocaine' AND ('outcome assessment'/exp OR 'outcome assessment') AND ([english]/lim OR [portuguese]/lim OR [spanish]/lim) AND ([adult]/lim OR [aged]/lim) AND [humans]/lim AND [embase]/lim AND [2003-2013]/py
EMBASE (2): 28 14/01/2013	http://embase.com/ crack AND ('outcome assessment'/exp OR 'outcome assessment') AND ([english]/lim OR [portuguese]/lim OR [spanish]/lim) AND ([adult]/lim OR [aged]/lim) AND [humans]/lim AND [embase]/lim AND [2003-2013]/py
LILACS (1): 240 14/01/2013	http://lilacs.bvsalud.org/ crack
LILACS(2): 0 14/01/2013	http://lilacs.bvsalud.org/ cocaína [Palavras] or crack cocaína [Palavras] and Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde) [Palavras]
NATIONAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE: 0 14/01/2013	http://guideline.gov/search/search.aspx?term=crack+cocaine+or+crack&subterm=crack+cocaine+and+crack crack cocaine or crack crack cocaine and crack
NICE: 0 14/01/2013	http://www.nice.org.uk/ crack
PUBMED (1): 337 10/01/2013	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed ("Outcome Assessment (Health Care)"[Mesh]) AND ("Cocaine"[Mesh] OR "Cocaine - Related Disorders"[Mesh] OR "Crack Cocaine"[Mesh]) Filtros: Filters activated: published in the last 10 years, Humans, English, Portuguese, Spanish, Adult: 19+ years
PUBMED (2): 295 14/01/2013	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed "Crack Cocaine"[Mesh] Filters activated: published in the last 10 years, Humans, English, Portuguese, Spanish, Adult: 19+ years
GOOGLE ACADÊMICO: 289 11/02/2013	http://scholar.google.com.br/scholar?q=crack+cocaina+aten%C3%A7%C3%A3o+prim%C3%A1ria+adultos.+pdf&hl=pt-BR&as_sdt=1%2C5&as_vis=1&as_ylo=2003&as_yhi=2013 crack cocaína atenção primária adultos. Pdf
TRIPDATABASE: 15 09/02/2013	http://www.tripdatabase.com/search?criteria=(title%3Acrack+cocaine)+from%3A2003+to%3A2013 (title:crack cocaine) from:2003 to:2013 15 results for "(title:crack cocaine) from:2003 to:2013", by relevance
BDTD: 415	http://btdt.ibict.br/

09/05/2013	crack
BDTD: 82	http://bdt.ibict.br/
09/05/2013	crack e drogas
BDTD: 2	http://bdt.ibict.br/
09/05/2013	crack cocaína
ARTIGOS DE SITES DOS ARTIGOS ORIGINAIS, REVISÕES SISTEMÁTICAS E PROTOCOLOS IDENTIFICADOS: 11	<p>Sites indicados nos artigos, revisões e protocolos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • http://drugdocshare.com/html/10_Swf_The_GLADA_Crack_Cocaine_Strategy_5550.html • http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/HRB_Research_Series_6.pdf • http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_nectos_national_evaluation_crack_cocaine_treatment_and_outcome_study.pdf • http://www.nta.nhs.uk/uploads/clinical_guidelines_2007.pdf • http://www.google.com.br/#sclient=psy-ab&q=the+glada+crack+cocaine+strategy&oq=the+glada+crack+cocaine+strategy&gs_l=serp.12...3653.26086.0.28220.34.33.0.1.1.0.314.8100.2-30j1.31.0...0.0...1c.1.17.psy-ab.1qxTtEGrk-Q&pbx=1&bav=on.2.or.&fp=f8e258e4eb2fe7b8&biw=1280&bih=675 • www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1763684