
CRATOD 15 ANOS

Uma proposta de cuidado ao Dependente Químico

Luiz Gustavo Vala Zoldan
Marcelo Ribeiro
(Organizadores)



C R A T O D

15

A N O S

Uma proposta de cuidado
ao Dependente Químico



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Governador
Geraldo Alckmin

Secretário de Estado da Saúde
David Everson Uip

Secretário Adjunto
Eduardo Ribeiro Adriano

Chefe de Gabinete
Nilson Ferraz Paschoa

Coordenador de Serviços de Saúde
Antônio Jorge Martins

Coordenador de Gestão de Contratos
de Serviços de Saúde
Eliana Radesca

Diretor Técnico do CRATOD
Marcelo Ribeiro de Araújo

Revisão Técnica
Aurora Fornoni Bernardini

Imagens
Adriano Lima

C R A T O D

15

A N O S

Uma proposta de cuidado ao Dependente Químico

Luiz Gustavo Vala Zoldan
Marcelo Ribeiro
(Organizadores)



São Paulo, 2017

P R E F Á C I O

Os problemas relacionados ao consumo de drogas na atualidade adquiriram proporções de epidemia e se fazem presentes em diversos contextos da vida dos brasileiros – pais dependentes de calmantes, jovens que utilizam bebidas alcoólicas em excesso nas baladas, motoristas que compensam o seu trabalho extenuante consumindo derivados anfetamínicos, alunos do ensino médio e superior que fumam maconha, usuários de álcool e cocaína gravemente dependentes, muitos deles vivendo pelas ruas longe da família, destituídos de trabalho e de dignidade social.

Dentre todas essas substâncias, o crack, um produto a base de cocaína para ser fumado, adquiriu relevância de epidemia no Brasil, especialmente nos últimos 15 anos, quando o seu consumo aumentou e se disseminou pelo país, a ponto de o Brasil ser considerado, no momento, o maior consumidor dessa droga, mundialmente. Boa parte dos usuários de crack consome essa droga em “cenas abertas de uso”, chamadas coloquialmente de “cracolândias”. Outras epidemias acontecem ali dentro: um terço das mulheres frequentadoras tem sífilis; a prevalência de Aids e de hepatites é cerca de 10 vezes maior do que na população geral, há pacientes com tuberculose, infestações de piolhos e pulgas, além da desnutrição, dos ferimentos e da violência – emocional, física e sexual – que atinge principalmente as mulheres.

Um desafio nessas proporções requer modelos de atenção e tratamento da mesma magnitude. Desse modo, o Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas (CRATOD) foi criado em 25 de junho de 2002, pelo governador Geraldo Alckmin, com o intuito de abarcar toda a complexidade relacionada à dependência química. Desde o início de sua criação, vem desenvolvendo modelos de atenção e apoio para usuários de substâncias psicoativas que procuram o serviço. O CRATOD é responsável pela coordenação e capacitação de toda a rede pública do Estado de São Paulo para o tratamento do tabagismo, oferece cursos em diversos níveis de formação – de simpósios ao aprimoramento profissional –, além de ter assento nos principais fóruns de discussão acerca das políticas públicas para os problemas relacionados ao tema.

A partir de 2013, o CRATOD se transformou no centro gestor das ações de saúde do Programa Recomeço, do governo do Estado de São Paulo. Além da ampliação do atendimento ambulatorial, o serviço passou a funcionar de modo ininterrupto, interligado a uma rede de enfermarias de desintoxicação (leitos hospitalares) e de comunidades terapêuticas (acolhimento social), o que o transformou na maior unidade de atendimento ao usuário de substâncias psicoativas da América Latina.

Atualmente, mais de 1.200 usuários procuram um primeiro atendimento na unidade, todos os meses. Anualmente, oferece mais de 2.500 internações e 1.500 acolhimentos em

comunidades terapêuticas. Dentro do seu CAPS-AD III (Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas), realiza mais de 2.000 oficinas, que atendem 25.000 pessoas, além de projetos terapêuticos singulares e serviços odontológicos para mais de 1.300 pacientes, todos os anos. Para essa empreitada de proporções únicas no Brasil, conta com 347 colaboradores (próprios, conveniados e terceirizados), dispondo em média de 100 colaboradores por turno, em escalas diferenciadas, de modo a garantir o atendimento 24 horas, de segunda a domingo.

Atento ao presente e pronto para o futuro, o CRATOD se preocupa em desenvolver modelos de prevenção, de redução de danos e de tratamento capazes de reduzir a mortalidade dos usuários de drogas – especialmente em decorrência da violência, das infecções sexualmente transmissíveis e de suicídio –, em criar modelos de acolhida e moradia transitórios capazes de atender às necessidades de saúde

dos usuários de drogas, em combater a violência contra a mulher, a homofobia, a transfobia e o racismo, bem como em reduzir o estigma que existe em relação ao tratamento e à recuperação dos usuários.

Desse modo, a Secretaria do Estado da Saúde sente um imenso orgulho de oferecer um serviço de tamanha complexidade, humanizado e de portas abertas à população paulista, que em 2017 completou 15 anos de existência. Gostaria de cumprimentar a todos os que contribuíram para que esse verdadeiro patrimônio da saúde pública paulista se erguesse e se tornasse possível. Aos usuários e seus familiares, além de dirigir palavras de apoio, gostaria de confirmar o compromisso de jamais desistir de pensar e desenvolver novas propostas capazes de fortalecê-los nessa luta.

David Uip
Secretário de Estado da Saúde de São Paulo

S U M Á R I O

PREFÁCIO	5
SEÇÃO 1	
Dependência química no Brasil e a inserção do CRATOD no território Luz/SP.....	10
CAPÍTULO 1	
O CRATOD e o tratamento da dependência química no Brasil	13
CAPÍTULO 2	
O território da Luz e a “cracolândia”.....	19
CAPÍTULO 3	
História do CRATOD e suas intersecções com as políticas de saúde.....	27
SEÇÃO 2	
Ações de Rua e Ações de Baixa Exigência na Região da Cracolândia – CRATOD e Unidade Recomeço Helvétia.....	32
CAPÍTULO 4	
O Centro de Convivência da Unidade Recomeço Helvétia: um Espaço Plural.....	34
CAPÍTULO 5	
A Arte no Recomeço: Bateria Coração Valente	39
CAPÍTULO 6	
A Cozinha Experimental	43
CAPÍTULO 7	
A Abordagem de Rua e os Conselheiros em Dependência Química	47
CAPÍTULO 8	
Testes Rápidos no Contexto da Cracolândia – Uma abordagem das infecções sexualmente transmissíveis, Aids e Hepatites Virais	55
CAPÍTULO 9	
O Planejamento Familiar: A experiência do implante de Etonogestrel no território.....	61
SEÇÃO 3	
O tratamento Ambulatorial no contexto CAPS – CRATOD	68
CAPÍTULO 10	
A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os caminhos no tratamento ambulatorial em Dependência Química no Brasil.....	70
CAPÍTULO 11	
O modelo CAPS CRATOD	79
CAPÍTULO 12	
Elaborando o Projeto Terapêutico Singular – A individualização do tratamento e suas perspectivas.....	84

CAPÍTULO 13	O Gerenciamento de Casos em Dependência Química.....	93
CAPÍTULO 14	O uso da técnica psicoterápica individual no contexto de saúde pública e dependência química	97
CAPÍTULO 15	O cuidado em grupo – Técnicas cognitivo-comportamentais na prevenção de recaídas	103
CAPÍTULO 16	O cuidado em grupo – Técnicas cognitivo-comportamentais no treinamento de Habilidade Inicial de Enfrentamento	107
CAPÍTULO 17	O cuidado em grupo - Prevenção de Recaída baseado em Mindfulness – MBRP: A Experiência do CRATOD.....	112
CAPÍTULO 18	O cuidado em grupo – Técnicas psicodinâmicas	117
CAPÍTULO 19	O cuidado em grupo - O Serviço Social e sua atuação na Oficina de Cidadania	122
CAPÍTULO 20	O cuidado em grupo - A prática da Atividade Física no tratamento da dependência química.....	126
CAPÍTULO 21	O cuidado em grupo – A população LGBTQIA e o Grupo da Diversidade	133
CAPÍTULO 22	O cuidado em grupo – As peculiaridades do tratamento da mulher dependente química.....	141
CAPÍTULO 23	A prática da Redução de Danos no contexto CRATOD e Cracolândia.....	146
CAPÍTULO 24	Manejo de Contingência Contexto do CAPS	152
CAPÍTULO 25	O Tratamento do Tabagismo no CAPS CRATOD	157
CAPÍTULO 26	A Assistência Farmacêutica no CRATOD	170
CAPÍTULO 27	A Odontologia na Dependência Química	186
CAPÍTULO 28	O papel do psiquiatra no CAPS.....	198
CAPÍTULO 29	O manejo medicamentoso no tratamento da Dependência Química no CAPS - CRATOD.....	203
CAPÍTULO 30	O Papel do Médico Infectologista no Contexto do CAPS -AD.....	210
CAPÍTULO 31	Condições clínicas mais frequentes no dependente químico atendido no CRATOD	215
SEÇÃO 4	A Unidade de Atendimento em Urgências do CRATOD.....	228
CAPÍTULO 32	Fluxo de triagem da demanda espontânea no CRATOD.....	230

CAPÍTULO 33	
O Manejo da Crise na Emergência.....	236
CAPÍTULO 34	
A avaliação psiquiátrica na emergência, critérios para internação em leito de observação e o manejo em leitos breves de desintoxicação	241
CAPÍTULO 35	
Critérios de involuntariedade e sua utilização no contexto da dependência química	253
CAPÍTULO 36	
A remoção especializada em Dependência Química.....	261
SEÇÃO 5	
Programas de Reinserção Social no CRATOD	266
CAPÍTULO 37	
Experiências de Trabalho e Geração de Renda no CAPS CRATOD.	269
CAPÍTULO 38	
A Educação promovendo a reinserção social de dependentes químicos	276
CAPÍTULO 39	
O modelo “Casa de Passagem”.....	284
CAPÍTULO 40	
A Experiência da Moradia Monitorada	289
CAPÍTULO 41	
A Articulação do CRATOD no contexto da RAPS com serviços não governamentais (AA, NA, Amor Exigente e Faces & Vozes)	294
CAPÍTULO 42	
O Programa Recomeço Família: a importância do contato familiar e dos vínculos afetivos.....	300
CAPÍTULO 43	
As Comunidades Terapêuticas no Tratamento da Dependência Química	306
SEÇÃO 6	
Políticas de Saúde em tratamento para Dependência Química e a organização de serviços.....	312
CAPÍTULO 44	
Políticas Públicas em dependência química para o Controle de Álcool, Tabaco e Drogas Ilícitas.	314
CAPÍTULO 45	
Políticas públicas de enfrentamento ao tabagismo.	328
CAPÍTULO 46	
Núcleo de Pesquisas do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas - NuPe CRATOD	339
CAPÍTULO 47	
A Gestão de Finanças, Patrimônio e RH no CRATOD	345
CAPÍTULO 48	
Um olhar alienígena - a experiência do Anexo Judiciário do CRATOD	353
SEÇÃO 7	
Perspectivas	358
CAPÍTULO 49	
Desafios e perspectivas para os próximos 15 anos.....	360

S E Ç Ã O

1

Dependência química no Brasil e a inserção
do CRATOD no território Luz/SP



DESCONHECIDOS

Ele olhou para caçamba e viu, no fundo, um papelão de tamanho considerável: posso dormir nele. Mas mesmo desanimado, sem forças, de coração apertado, debruçou meio corpo para dentro da caçamba e sem nenhuma destreza puxou o papelão, retirando os lixos de cima e jogando-os na rua: que se dane. O homem ignorou o fato de que um batalhão de limpadores havia acabado de lavar a rua e tirar o lixo daquele espaço. Talvez um transeunte que caminhava para a estação Sorocabana tenha se dado conta, porque ele olhou com incompreensão, desprezo e medo: esse Brasil está mesmo perdido.

O homem estava triste, visivelmente sonolento, emagrecido, pés inchados, um pouco molhado da garoa fina paulistana que insistia em cair de forma tão impiedosa, e tão benevolente, que os jardins verticais da 23 de maio floresciam em tons de verde, roxo e vermelho. Ai que frio, meu Deus!!! Preciso de um colchão,

O homem estava sem ânimo e com aqueles pensamentos ruins! Empapuçou, preciso dormir. Era sempre assim: após três dias seguidos de uso, esse estado era imposto: eis que se aperta no peito o medo, o desgosto, a tristeza, o remorso. Maldição!! Havia ainda o incompreensível sentimento de gratidão e culpa. Ai que dó da Dona Ana. Justo ele que não era dado à gratidão sentia essa estranho remorso pela avó. Ninguém me entende.

Meio cambaleante, o homem se dirigiu à marquise da Sala São Paulo, ajeitou o papelão, deitou-se e lembrou: Não tenho cobertor. Ai que frio, meu Deus.

Mas chovia. E a cabeça de tanto que doía, crescia e diminuía. Crescia e diminuía. O dedão do pé, acompanhava a cabeça: crescia e diminuía, crescia e diminuía.

— Quem é? Isso não!!! – não se conteve e gritou.

É que o homem falava sozinho. Ele respondia a uma voz grossa, imponente, vinda sabe Deus de onde.

— É o Coronel?

Mas a voz respondia comentando: cuidado, estende o papelão. Faça xixi. Olha a cabeça!!! O dedo dói.... estão te filmando...

Agora deu para sobrevoar helicópteros a patrulhar sua estadia na praça Julio Prestes.

— corra, olha o helicóptero, vão te pegar, eles te viram. Corra. Faça xixi. Olha a câmera.

Mas de puro cansaço – o dedo crescia e diminuía, crescia e diminuía – de puro cansaço o homem dormiu e viu: ele viu a avó de cabelo cinza e coque baixo carregando o pote de água para dentro da casa.

— Entra menino, recolhe a escora e tramela a porta.

Entardecia e havia perigo no escuro. Os cachorros latiam assustados. Havia vozes, correria e gente desconhecida.

—Vó, quando minha mãe volta?

— Aquela ali não presta, menino, sumiu. Não volta mais.

A avó cobria o pote. Separava a água de beber e colocava no filtro. Sempre tão cuidadosa, a Dona Ana! Depois sentava-se na poltrona com seu vestido estampado de manga três quartos, a contar história da roça. Bons tempos. Nem nascido você era. Fazia frio - Já naquele tempo o vento entrava pelas frestas do telhado e assoviava pressagiado. Os cachorros latiam, latiam.

Ai que frio meu Deus: garoava em São Paulo, e o Cristo do Sagrado Coração de Jesus, alheio, se escondia na fumaça estendendo seus braços sobre a praça desde 1900. Ai que frio, meu Deus.

De puro cansaço, o homem dormiu. Garoava em São Paulo.

—Vamos?

Ele abiu os olhos assustado, mas sorriu.

—Vamos?

Ainda sonolento e cambaleante, ele se deixou envolver no cobertor trazido por aqueles desconhecidos. Amanhecia na Paulicéia.

—Vamos?

Ele foi...

C A P Í T U L O

1

O CRATOD e o tratamento
da dependência química no Brasil

Marcelo Ribeiro
Luiz Gustavo Vala Zoldan

Tiram-nos a roupa que trazemos e dão-nos uma outra, só capaz de cobrir a nudez, nem chinelos ou tamancos nos dão (...); atiraram-me sobre um colchão de capim com uma manta pobre (...). Não me incomodo muito com o Hospício, mas o que me aborrece é essa intromissão da polícia na minha vida. De mim para mim, tenho certeza que não sou louco; mas devido ao álcool, misturado com toda a espécie de apreensões que as dificuldades de minha vida material há seis anos me assoberbam, de quando em quando dou sinais de loucura: deliro.

Lima Barreto, 1920 (1).

Os relatos de Lima Barreto (1881-1922) acerca do tratamento do alcoolismo ao que fora submetido em “Diário do Hospício” (1) – há quase cem anos – revelam que os problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas eram conhecidos das instituições de saúde brasileiras, nas primeiras décadas do século XX.

Retrocedendo ainda mais um século – no alvorecer da Independência do Brasil –, os indivíduos portadores de insanidade, muitas vezes decorrente da exposição prolongada às aguardentes de cana, eram amontoados em “casinhas de doudos” (2) ou nos porões dos hospitais e das santas casas, onde sofriam todo tipo de maus-tratos (3). Eram fundamentalmente espaços de assistência social, destinados – para além dos insanos – ao recolhimento ou à “correção” moral de “mulheres licenciosas e vadios”, sem qualquer tipo de supervisão médica (2).

Além disso, conforme o século XIX se desenrolava, “regulamentos policiais” passavam a ser aprovados pelas províncias e municípios, com o intuito de fazer frente ao “perigo da divagação dos loucos e embriagados” (2). As definições médicas da alienação mental e sua ulterior incorporação ao campo da psi-

quiatria também se desenvolveram e chegaram ao Brasil nesse período. Essas, por sua vez, fundamentaram a construção dos primeiros manicômios, incluindo o Hospital Nacional de Alienados (4) – originariamente chamado Hospital Pedro II (1842), no qual Lima Barreto ficou internado dois anos antes de sua morte.

Historicamente, as instituições destinadas ao cuidado dos doentes mentais passaram por algumas ondas transformadoras (5,6): a primeira, durante o século XV, de natureza religiosa e filantrópica, levou ao surgimento dos hospitais – naquele momento mais parecidos com hospedarias – destinados a “coletar almas” perturbadas, bem como o excedente populacional em situação de miséria, que vagava sem rumo por aquela Europa que se urbanizava durante a Renascença, sem que houvesse qualquer tipo de cuidado médico incluído.

A segunda onda, durante os séculos XVI e XVII, de natureza legal e médica, estabeleceu os nomes e os limites jurídicos da loucura, doravante denominada “insanidade”; ao longo desse processo, a hospedaria foi se convertendo em hospício, dentro do qual o médico, valendo-se da tradição hipocrática antiga, foi paulatinamente sendo reconhecido como o agente capaz de “controlar” os desequilíbrios humorais e as corrupções de vapores que perturbavam o funcionamento mental dos “insanos” – sangrias, vômitos e purgações eram usuais nesse período.

A terceira vaga, se originou a partir do desenvolvimento da psiquiatria como ciência médica autônoma, na transição para o século XIX, em detrimento das práticas médicas pré-científicas e daquelas fundamentadas na religião. Foi o contexto do nascimento da “doença mental”, durante a chamada Primeira Revolução Psiquiátrica, protagonizada por Philippe Pinel (1745-1826), na França, que separou o doente mental dos demais internados, a partir

da criação de categorias nosológicas, desacorrentou doentes e introduziu abordagens e terapias de caráter social e ocupacional.

Sob esse novo paradigma, que humanizou o doente sem retirá-lo da reclusão, os hospícios deram lugar aos asilos ou hospitais de alienados. As sociedades altamente urbanizadas e racionalistas de meados do século XIX passaram a ter uma visão mais benevolente da loucura, desde que a mesma estivesse longe dos seus olhos. Além disso, o cotidiano cada vez mais acelerado da urbe industrial não permitia mais que as famílias cuidassem de seus “membros improdutivos”. Dessa forma, os asilos para alienados se tornaram um “destino-quase-natural” para esses, uma solução para um funcionamento social cada vez mais voltado para as necessidades e os anseios individuais, em detrimento dos preceitos comunitários e grupais.

Desse modo, ao longo do século XIX, espalharam-se por todo o mundo ocidental, asilos dentro dos quais a psiquiatria, autorizada pelo descaso da sociedade civilizada em relação à doença mental, se lançou no propósito não só de compreendê-la, mas principalmente de encontrar sua cura. Apesar de reunir, nessa empreitada, psiquiatras e teóricos cujas ideias não só revolucionariam a psicologia e a própria psiquiatria no século seguinte, como também desenvolveriam modelos de atenção altamente humanizados já naquela época, a proliferação dos manicômios durante o século XIX produziu efeitos colaterais bizarros e desumanos para milhões de indivíduos, em todo o planeta, muitos dos quais permaneceram internados por longos períodos, ou mesmo por toda a vida, vítimas da exclusão, do descaso e de maus-tratos.

Reações contra esse modelo surgiram ainda na metade do século XIX, mas ganharam força transformadora apenas no século

XX, quando geraram uma quarta onda, dessa vez médica e sociológica, que a partir dos anos trinta, foi varrendo os manicômios e fazendo surgir em seu lugar o hospital psiquiátrico contemporâneo. Mesmo dotado de novas tecnologias – inclusive farmacológicas –, de concepções arquitetônicas mais arrojadas, espaçosas e iluminadas, que acomodavam menos pacientes em unidades mais acolhedoras, e de propostas terapêuticas que se aproximavam cada vez mais da multidisciplinaridade, o hospital psiquiátrico da primeira metade do século XX ainda se encontrava fechado em si mesmo e centrado na figura do médico.

Seria necessária uma quinta onda, representada pelos movimentos antipsiquiátricos e humanitários dos anos sessenta e setenta, para que, na Europa e na América anglo-saxônica, os manicômios remanescentes do século XIX se extinguissem por completo e o hospital psiquiátrico passasse por uma nova mudança de paradigma, a partir da qual se tornou cada vez mais especializado no manejo de crises e situações agudas relacionadas aos “transtornos mentais” – eis a terminologia atual –, passando agora a integrar um sistema de tratamento eminentemente comunitário, dentro do qual a multidisciplinaridade, a psicoterapia, as abordagens de natureza psicossocial e a farmacoterapia se tornaram os seus elementos essenciais.

Os modelos de atenção específicos para o tratamento da dependência de substâncias psicoativas no Brasil nasceram dentro do contexto dessa última onda, que valoriza a ideia do tratamento comunitário e em rede, com acesso universal e equânime, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), fruto do processo de redemocratização brasileiro, previstos tanto pela Constituição Federal de 1988, quanto pela Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (7).

No entanto, desde a última internação manicomial de Lima Barreto à promulgação da Constituição Cidadã, o Brasil não conseguiu superar por completo nenhuma das etapas anteriores, no que se refere às políticas de saúde mental: em muitos lugares do país, os “hospícios” ainda têm função de hospedaria – há pouco tempo, era comum sequer contarem com estrutura médica formal e regular; a institucionalização de doentes mentais ainda é uma realidade nacional e o antigo manicômio – por descaso da sociedade, falta de investimento e ausência de participação civil durante os regimes autoritários deste período – se converteu em hospital psiquiátrico de modo incompleto e precário, sem incorporar as inovações arquitetônicas, tecnológicas e terapêuticas necessárias. Via de regra, apenas os estabelecimentos elitizados e vinculados à rede particular de atendimento conseguiram completar esse processo.

Por fim, alguns setores dos movimentos de luta antimanicomial, oriundos dos primeiros tempos da redemocratização brasileira do final dos anos setenta – muitas vezes com expressiva influência política e administrativa em todas as esferas da administração pública e do atendimento aos doentes mentais – identificam não apenas o modelo manicomial, mas toda a psiquiatria – do ambiente hospitalar até suas estratégias comunitárias, psicoterapêuticas e farmacoterápicas –, como algo a ser extirpado, imprimindo assim forte resistência ao nascimento do hospital psiquiátrico contemporâneo, preferindo, outrossim, enxergá-la como algo a ser eliminado, restando à psiquiatria a condição e o papel de mera disciplina da clínica médica, de fácil acomodação nos leitos de qualquer hospital geral.

Nesse contexto, a história do tratamento da dependência química brasileira começou a ser escrita, na transição para o século XXI,

em um verdadeiro palimpsesto, cujas camadas anteriores, mal apagadas ou borradas por disputas ideológicas desprovidas de sentido na atualidade, se transformaram em uma fonte permanente de discórdia e confusão.

As novas abordagens e propostas de saúde pública para o cuidado dos usuários de substâncias psicoativas, nasceram dentro das universidades públicas brasileiras, no último quartel do século XX. Não havia ambulatórios especializados para o tratamento da dependência química, tampouco ações na lógica da redução de danos, exceto aqueles fundados e executados dentro das mesmas unidades de pesquisa. A maior parte dos pacientes era atendida em ambulatórios de saúde mental desequipados ou em hospitais psiquiátricos anacrônicos e desacreditados pela população (8). Até 1990, apenas sete artigos científicos haviam sido publicados sobre o tema, todos se resumindo à descrição do perfil dos pacientes que frequentavam o serviço de tratamento oferecido pela universidade correspondente (9).

Apesar da existência de algumas experiências isoladas de serviços ambulatoriais específicos de atenção ao usuário de substâncias psicoativas criadas e gerenciadas por prefeituras de cidades paulistas – tais como a capital, Campinas e Santos – e de duas enfermarias para desintoxicação em hospitais estaduais – Hospital Geral de Taipas (1992) e Hospital Estadual de Diadema (2001) – não era possível vislumbrar uma rede de atendimento para esses indivíduos antes da publicação da Portaria 816 do Ministério da Saúde, de 30 de abril de 2002, a qual instituiu, dentro do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas (8,9).

Além de oferecer subsídios e diretrizes para o desenvolvimento de estratégias de articulação em rede e para a organização de fluxos assistenciais nas três esferas de go-

verno, a referida portaria previa a criação dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD), cujo modelo de funcionamento fora publicado pouco antes, por intermédio da Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002. O CRATOD foi criado por decreto governamental (Nº46.860, 25.06.2002) dentro desse contexto estruturante, tendo sido habilitado entre os primeiros CAPS-AD do país, no final desse mesmo ano (Portaria 2.103/GM, 19.11.2002).

Em 2011, a regulamentação, no âmbito do SUS, da Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (RAPS) (Portaria 3.088, de 23.12. 2011), consolidou os esforços implementados na década anterior, podendo ser considerada a concretização legislativa dessa “quinta onda” transformadora da história das políticas públicas para os problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas.

No entanto, apesar dos avanços, há um conjunto de “acidentes geográficos” decorrentes de ondas anteriores a espera de soluções.

A necessidade de superar o manicômio e o hospital psiquiátrico anacrônicos, por intermédio dos processos de desinstitucionalização previstos em lei (10) – tais como a Portaria 2.840, 29.12.2014 – é uma das ações mais importantes do momento. Da mesma importância são os esforços no âmbito jurídico e dos movimentos de cidadania e direitos humanos no sentido da criação de mecanismos e dispositivos de fiscalização das práticas clínicas em saúde mental e de garantia de direitos para os usuários de substâncias psicoativas, atendidos dentro ou fora do âmbito do SUS.

Também é importante considerar que a “função de hospedaria” – ou, hodiernamente, o direito à moradia – que fomentou o nascimento das políticas de saúde mental há mais

de seis séculos é um direito inalienável de qualquer indivíduo e precisa ser garantido comunitariamente a partir do contato e o trabalho conjunto entre as equipes da saúde e os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e /ou Centros Especializados da Assistência Social (CREAS), os responsáveis pelo apoio assistencial ao cidadão e à cidadã nos termos da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) nº 8.742/1993.

Modelos de acolhimento social interessados em combinar proteção social com abordagens de tratamento para a dependência química, tais como as comunidades terapêuticas, moradias monitoradas e casas de passagem, também devem integrar essa rede de atenção, uma vez que o processo de bem-estar e de recuperação dos usuários de substâncias psicoativas parece aumentar em qualidade e adesão quando amparado por estruturas de moradia e de assistência social (11).

Por fim, é preciso reconhecer a existência da doença mental e sua natureza neurobiológica – além da psicossocial – e que essa antecedeu a criação dos manicômios e por isso não desaparecerá juntamente com eles – pelo contrário, cuidados comunitários desestruturados que não valorizam ou renegam seu componente biológico acabam negligenciando o cuidado e o direito dos pacientes a um tratamento digno (5). Nesse sentido, é essencial que as reformulações das práticas de tratamento – dentro e fora da psiquiatria – sejam novamente assimiladas e integradas dentro da rede de atenção ao usuário de substância psicoativa.

Como será possível notar a partir da leitura dos capítulos que compõem esse livro, o CRATOD, dentro do âmbito do Programa Recomeço, tem assumido um importante papel no sentido de integrar ações aparentemente antagônicas, as quais, na realidade, são complementares. Dentro desse espírito, é o serviço

que mais realiza ações de baixa exigência – na lógica da redução de danos – no Brasil; o único que desenvolve modelos de moradia compatíveis com o momento do processo de recuperação dos usuários de substâncias psicoativas que utilizam o programa – de casas de passagem a moradias monitoradas; e definitivamente, o primeiro serviço público de atenção que voltou a valorizar as práticas de tratamento estruturado, seja no âmbito da psiquiatria – tais como o manejo das situações de emergência / urgência, a internação e suas modalidades e a farmacoterapia – ou fora dele – psicoterapia, aconselhamento e técnicas de avaliação psicológicas específicas –, dentro da proposta de multidisciplinaridade vigente. Além disso, o CRATOD

conta hoje com um Núcleo de Pesquisa (NuPE), dedicado à aplicação de métodos quantitativos e qualitativos para a análise epidemiológica e intervencionista na dependência química.

Ações que certamente constituíram um marco paradigmático – teórico e prático – , dentro de um contexto histórico em busca de modernizações coerentes, eficazes, sustentáveis e centradas nas necessidades dos usuários de substâncias psicoativas e seus grupos de convívio, removendo estigmas e preconceitos, em nome da reinserção psicossocial e do acesso à cidadania para esses indivíduos. Eis a onda que o CRATOD pretende mobilizar dentro do oceano de possibilidades relacionado ao consumo de substâncias psicoativas.

Referências Bibliográficas

1. Barreto L. Diário do hospício e Cemitério dos vivos (1920). São Paulo: Cosacnaify; 2010.
2. Machado R, Loureiro A, Luz R, Muricy K. Danação da norma – medicina social e constituição da psiquiatria. Rio de Janeiro: Graal; 1978.
3. Ribeiro PRM. Saúde mental no Brasil. São Paulo: Arte & Ciência; 1999.
4. Rey, PM. (2012). O Hospício de Pedro II e os alienados no Brasil (1875). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(2), 382-403.
5. Jay M. *This way madness lies – the asylum and beyond*. London: Thames & Hudson; 2016.
6. Scull A. *Madness in Civilization: A Cultural History of Insanity, from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine*. Princeton: Princeton University Press; 2016.
7. Ribeiro M, Perrenoud LO, Duailibi S, Duailibi LB, Madruga C, Marques ACPR, Laranjeira R. The Brazilian drug policy situation: the public health approach based on research in a developing country. *Pub Health Rev* 2014; 35(2): 1-30.
8. Ribeiro M. Crack: histórico do consumo da droga na principal capital do país. *Debates Psiquiatria Hoje – Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)* 2010; 2(3):8-13.
9. Ribeiro M. O crack no Brasil: origem, situação atual e perspectivas [PPT]. Apresentada no Addictions Department Session – National Addcition Centre, King’s College. Londres, 7 de março de 2010.
10. Brasil. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010*. Brasília: MS; 2010.
11. *National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of residential rehabilitation for drug and alcohol misusers*. London: NTA; 2006.

CAPÍTULO

2

O território da Luz e a “cracolândia”

Marcelo Ribeiro

Durante os primeiros tempos do século XX, o município de São Paulo contava com cerca de 250 mil habitantes, em grande parte negros egressos da escravidão e mestiços – “caipiras” – expulsos de suas terras em decorrência expansão da monocultura cafeeira (1). Os imigrantes europeus e sírio-libaneses representavam a maioria da população paulistana em 1900, dedicados ao trabalho agrícola e fabril – os judeus, os japoneses e mais recentemente os chineses e coreanos completariam esse influxo migratório ao longo de todo o século XX (2).

Esse vilarejo construído criteriosamente para os propósitos catequéticos dos jesuítas dos séculos XVI e XVII, não tinha vocação para urbe metropolitana, a qual surgiu, nas palavras do historiador Nicolau Sevcenko (1952-2014), como um “subproduto imprevisto”, tal e qual “um cogumelo” que brota súbita e inexplicavelmente, depois da chuva, “um enigma para os seus próprios habitantes, perplexos, tentando entendê-lo como podiam, enquanto lutavam para não serem devorados” (1).

A primeira “onda civilizatória” paulistana – nos moldes de campanhas urbanísticas, tais como “O Rio Civiliza-se” – aconteceu nas primeiras décadas do século XX, quando códigos sanitários foram aprovados e intervenções arquitetônicas transformaram a “colina histórica” da capital – desprovida de luz elétrica e mais parecida com uma cidade histórica mineira – deu lugar a uma zona de comércio elegante e sofisticada, nos moldes europeus, ao mesmo tempo em que a elite cafeeira se mudava para as regiões vizinhas – Campos Elísios, Higienópolis e a região da Avenida Paulista – em busca de infraestrutura e arrojo arquitetônico e urbano mais próximos das cidades-jardim do velho mundo (3).



Figura 1: A Estação da Luz: em busca de uma identidade mais afinada com as metrópoles europeias da virada do século, São Paulo foi remodelada pelas mãos do arquiteto Francisco de Paula Ramos de Azevedo (1851-1928), sob a batuta do seu primeiro prefeito, Antônio da Silva Prado (1840-1929). A Estação da Luz foi construída pela “São Paulo Railway Company”, de capital britânico, a partir do projeto de Charles Henry Driver (1932-1900). O edifício atual foi concluído em 1900. Na primeira fotografia, a mesma aparece elegantemente disposta defronte ao Parque da Luz e à Pinacoteca do Estado, tendo a Avenida Tiradentes ao lado.

Esse é o instante em que os primeiros cortiços se formaram de modo vultoso nas baixadas das várzeas – Brás, Bexiga, Cambuci –, cortadas por ferrovias e permanentemente sujeitas à inundação (1). Nesse momento, São Paulo acabara de ultrapassar um milhão de habitantes.

Nas décadas seguintes, dos anos trinta aos anos sessenta, o movimento de retirada da elite paulista do centro, associado à decadência econômica do período entre-guerras e a migração maciça de nordestinos em direção ao sul do Brasil no período do pós-guerra, aos poucos modificaram a natureza urbanística o centro da cidade – de região residencial da elite cafeeira e zona de comércio refinada, para zona de circulação de trabalhadores (4).

A partir de meados dos anos setenta, com a economia em recessão pós-milagre

brasileiro e sem capacidade de absorver mais trabalhadores, teve lugar, nas palavras de Silva (2008) (4), um processo de crescimento urbano marcado pelo espraiamento de habitações precárias nas periferias das cidades – os cortiços e as favelas – e da proliferação de atividades terciárias de baixa produtividade e todo o tipo de atividades improvisadas que tinham como objetivo básico a subsistência.

No final dos anos setenta, a região do centro da cidade contava com terminais de ônibus urbanos, metrô e uma rodoviária que recebia dois mil ônibus intermunicipais diariamente; isso destruiu definitivamente o pouco da infraestrutura residencial que restava, fazendo surgir em seu lugar hotéis baratos, casas de cômodo, cortiços, zonas de baixo meretrício, além de botequins e um pequeno comércio para suprir essa nova população volante.

A região central, porém, ainda era mais viável do que a periferia com seus barracos sem energia elétrica, água tratada ou transporte público, com esgoto correndo a céu aberto, todo tipo de doenças infectocontagiosa e altos índices de violência. Desse modo, milhares de andarilhos, moradores de rua, crianças e adolescentes começaram a procurar o centro da cidade, em busca de comida, abrigo, oportunidades de trabalho -“bicos”- ou para realizar contravenções. As crianças e adolescentes, os quais passaram a ser chamados “meninos de rua” (4), consumiam cola-de-sapateiro, andavam em bandos, dormiam pelo centro e se transformaram em um símbolo do desamparo nacional, daquele Brasil que dava os primeiros passos rumo à redemocratização (1982-1985).

O crack e o crime organizado

O fenômeno do crime organizado e seus desdobramentos atuais é um fenômeno

dos anos noventa. Enquanto a sociedade paulistana - à mercê de mais uma onda de caos social -, continuava a “tentando entender o que se passava, ao mesmo em que lutava para não ser devorada por ela” - como já afirmara Sevcenko (1) -, o narcotráfico institucionalizado e absurdamente competente do ponto de vista empresarial lançava nas ruas paulistanas uma nova droga: o crack, uma forma de se consumir cocaína pela via inalatória -“fumada”.

Essa droga, que provocava dependência com grande rapidez, se espalhou pelas ruas periféricas da zona leste a partir de 1989, ganhou notoriedade no centro da cidade e invadiu serviços de atendimento que estavam pouco ou nada preparados para recebê-los (5).

Não se sabe os caminhos que o crack trilhou até chegar à São Paulo - o mesmo apareceu na primeira metade dos anos oitenta em cidades como Nova Iorque, Los Angeles, Detroit e Miami, sempre em locais com baixa presença do Estado, nos bairros e guetos de negros e latinos. Por aqui, parece ter aportado na zona leste, mas especificamente em São Mateus e Cidade Tiradentes, na época compostos por um mar de barracos e moradias populares. Na transição para a segunda metade dos anos noventa chegou à região da Luz (6).

Da “Boca do Lixo”, nasce a cracolândia.

As regiões da Luz, Bom Retiro e Campos Elíseos sempre estiveram associadas à ilicitude. Desde a virada do século, a Luz se especializara em receber desde fazendeiros, empresários e políticos ilustres, que viajavam em vagões de primeira classe, até lavradores e imigrantes humildes, aos quais hospedava, respectivamente, em requintados hotéis ou em pensionatos ou

casas de cômodo. Nesse contexto de alta rotatividade, o Bom Retiro contava com a zona de meretrício mais famosa da capital, assim como bancas de jogo ilegais (7).

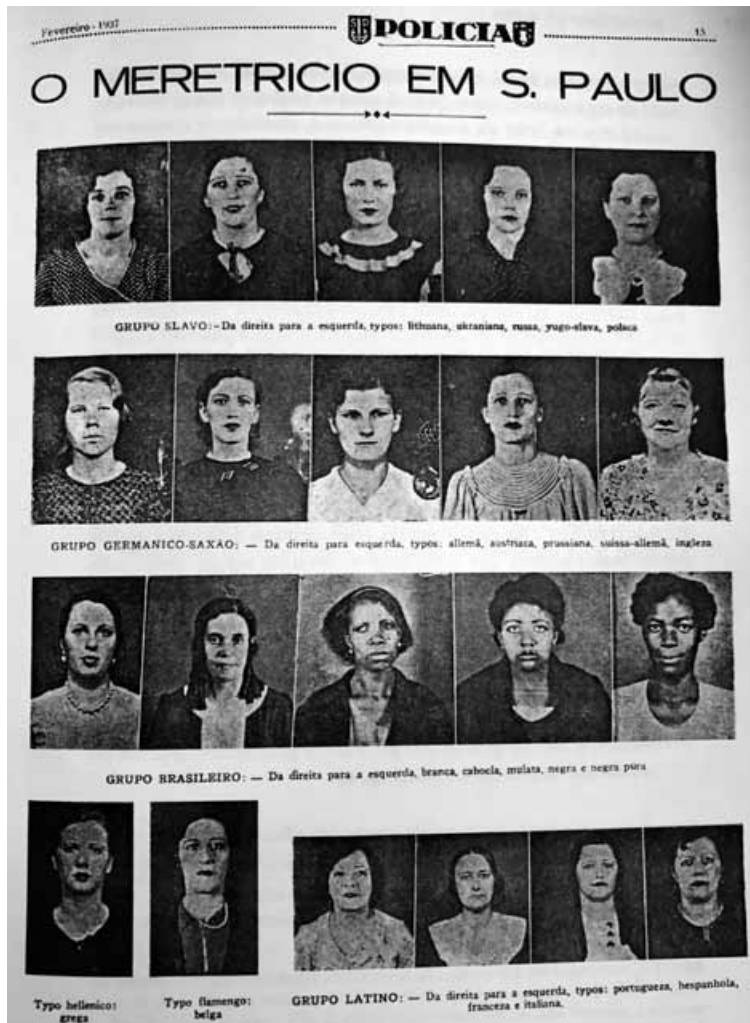


Figura 2: Uma publicação oficial da polícia paulistana (1937) faz um 'mapeamento étnico' da prostituição local. Consideradas "delinquentes natas", provenientes das classes pobres e debilitadas psicologicamente, as mulheres eram diretamente culpabilizadas pela existência da prostituição. "Revista Oficial do Gabinete de Investigação", Ano II, Nº 13, SP, 1937. Extraído de Rago (2008), p. 169 (7)

Nos anos 30, um polo cinematográfico se instalou na região, especialmente nas adjacências da Rua do Triunfo e da Rua Vitória, atraindo todo o tipo de comércio relacionado a

esse ramo - a vocação da Rua Santa Ifigênia para o comércio de eletrônicos veio daí (8). Entre as décadas de 60 e 80, a região se transformou no centro do cinema independente nacional e na Meca da pornochanchada, passando a responder por 40% da produção cinematográfica nacional (8). Rapidamente, essa região se transformou em um ponto de encontro de artistas, produtores de cinema, patrocinadores e fãs.

Mas o processo de decadência do centro da cidade continuava em curso, continuando paulatinamente a transformá-lo em zona de trânsito de pessoas, tomado pelo comércio ambulante e dominado pela criminalidade. Essa região artística que paulatinamente se degradava passou a ser chamada "Boca do Lixo", termo que se expandiu ulteriormente para os bairros vizinhos. Quando, em meados dos anos setenta, esse gênero cinematográfico entrou em decadência, a "Boca" se converteu em uma zona de baixo meretrício e de cinemas pornô - outras salas, ainda, deram lugar a igrejas evangélicas e a estacionamentos (8).

De volta aos anos noventa, o crack se expandia no extremo leste da cidade. O mercado aos poucos se aquecia, produzia disputas e, obviamente, mortes. Grupos de extermínio organizados nas periferias davam um fim aos nórias que incomodavam em demasia a vizinhança, fazendo algazarra, ameaças paranóides ou cometendo pequenos furtos para comprar mais pedra. Além disso, a produção de crack nesses bairros distantes crescia rapidamente e precisava de uma via de escoamento (5).

A "Boca do Lixo" tinha tudo para receber essa droga e seu comércio: era facilmente acessível e, ao mesmo tempo, longe do 'faroeste caboclo' dos grupos de extermínio das periferias; por se tratar de uma região tradicionalmente dedicada a atividades ilegais, contava com uma rede de convivência com o poder público - especialmente com a polícia -, que lhe dava ares de

território livre (5,8); suas ruas eram coalhadas de bares, restaurantes e hotéis, o que lhes conferia um aspecto de rua-vinte-e-quatro-horas e uma sensação de maior segurança; além disso, seus frequentadores tinham um perfil “mundano” que interessava bastante aos narcotraficantes (5). Foi lá que o crack chegou pouco antes de 1995 (9), e lá permanece até o momento.

Não seria preciso dizer, que os mais abastados não utilizavam o trem há pelo menos vinte anos, preferindo agora o carro particular, o ônibus ou o avião como meio de transporte. Os hotéis, bares e restaurantes refinados fecharam ou mudaram de endereço, assim como fizeram as prostitutas elegantes. Sobraram os enfeitados, os “sem-teto”, os afeitados à contravenção, as prostitutas desdentadas e os travestis contaminados pelo vírus da AIDS - assim como os usuários de drogas injetáveis que buscavam o crack por medo de compartilhar agulhas -, os imigrantes ludibriados e atirados às feras da selva de pedra paulistana, os meninos e meninas de rua. Mas agora, com um agravante: uma nova forma de cocaína, para ser fumada, chegara a esse contexto profundamente degradado. Rapidamente, a mesma tornaria muitos dos seus usuários gravemente dependentes, fisicamente debilitados, mentalmente comprometidos e distantes dos seus grupos de convívio originais. Nascia assim, a cracolândia paulistana.

Viciados herdaram área da Boca do Lixo

Marginalidade começou a surgir no região nos anos 20, pelas favelas de Campos Elípticos



Maior parte dos menores recusa-se a fazer tratamento
Cinco mil e quinhentos de menores submetidos ao tratamento em centros de reeducação em São Paulo

Mapa - A primeira distribuição de crack ocorreu em 1995, quando chegou ao bairro da Boca do Lixo, na zona sul de São Paulo, e se espalhou rapidamente para o resto da cidade. O mapa mostra a distribuição geográfica da droga, com áreas de maior concentração em tons de cinza. O mapa também indica a localização de diversos pontos de venda e consumo, bem como a presença de outros tipos de estabelecimentos comerciais e culturais na região.

A CRACOLÂNDIA E SEU ENTORNO
Ponto de encontro de viciados está cercado por departamentos de polícia e prédios comerciais.

Brasão de São Paulo - Nos casos em que os usuários não conseguem superar a dependência, há o risco de morte. Segundo especialistas, o crack pode causar danos irreversíveis ao sistema nervoso central, além de provocar graves problemas de saúde física e mental. O uso prolongado da droga também pode levar à perda de peso, à queda de cabelo e à deterioração da pele.



Figura 3: Uma reportagem do jornal “O Estado de São Paulo”, de 19 de julho de 1998, retrata a chegada e tomada da Boca do Lixo pelo consumo de crack. Eram os primeiros tempos da cracolândia, que de lá migraria por diversos pontos ao redor da Estação da Luz (9).

A profissionalização do narcotráfico e a chegada da Aids tornaram a situação insustentável (11). Nos Estados Unidos, tanto o consumo de crack, quanto de heroína acometeu essencialmente os bairros menos favorecidos, tomados pela decadência econômica da década e o crescente aumento da violência (12).

Via de regra, todos caminharam de políticas eminentemente caracterizadas por intervenções policiais periódicas para políticas integradas e permanentes que combinavam saúde, assistência social e a aplicação da lei (13). Desse modo, a fim de enfrentar o problema, cidades como Zurique (Suíça), Frankfurt, Hamburgo e Munique (Alemanha), Viena (Áustria), Amsterdam e Roterdã (Holanda) e Lisboa (Portugal) adotaram medidas que combinavam ações de redução de danos – tais como a troca de seringas e as salas de uso –, tratamentos voltados para abstinência – inclusive compulsórios –, assistência social – tais como disseminação de abrigos, criação de programas de moradia, oferta de centros de realocação e de programas de renda e emprego – e medidas de caráter eminentemente policial com o objetivo da aplicação da lei e do combate ao narcotráfico e à desordem pública. Paralelamente, a revitalização dos bairros contou com medidas e programas específicos (11,13).

De modo geral, “a situação de rua” dos usuários foi considerada “inaceitável” em todos os locais referidos no parágrafo anterior. Em Zurique, por exemplo, 1500 vagas de moradia para diferentes grupos foram criadas, cerca de 100 vagas em abrigos temporários e 400 em locais de baixa exigência (13). Agentes de saúde trabalhavam em parceria com a polícia, compartilhando inclusive os seus sistemas de informação. Nesse contexto, a polícia tinha permissão para retirar os usuários das ruas e levá-los para “centros de realocação”, onde recebiam primariamente ações de redução de

danos e eram referenciados para programas de abrigo ou moradia. Voltar para a cena aberta não era mais opção e aqueles que continuavam consumindo drogas pelas ruas, ou causavam desordem pública, eram colocados em tratamentos “quase-compulsórios” (13).

Desse modo, as cidades da União Europeia conseguiram acabar com as cenas abertas de uso entre a metade dos anos noventa e o alvorecer dos anos 2000, no mesmo período em que a “cracolândia” paulistana se estabelecia e o narcotráfico dessa droga se espalhava por quase todas as cidades brasileiras, formando novas cenas de consumo.

A cracolândia paulistana

Em São Paulo (SP), as questões relacionadas à cracolândia foram encaradas inicialmente sob a óptica quase exclusiva da aplicação da lei, com o intuito de coibir o tráfico e retomar o espaço público. As medidas dessa natureza aconteceram entre 2005 e 2012. A partir da criação do Programa Recomeço (2013), uma linha de cuidados em saúde e assistência foi sendo instituída, com a oferta de ações que combinam baixa exigência e tratamento, com agentes de saúde e conselheiros de dependência química trabalhando no local, o que aproximou o CRATOD dessa população. Além disso, um edifício de onze andares foi reformado para dar lugar à Unidade Recomeço Helvética (URH), que participa de várias etapas da atenção a esses usuários – da oferta de banhos e higiene bucal, à desintoxicação e oferta de moradia.

Apesar dos inquestionáveis avanços, pelo esforço do poder público e da sociedade organizada, para que a combinação das medidas em saúde, assistenciais e de segurança e respeito aos direitos individuais e coletivos possam se dar de forma mais ágil, há ainda uma

importante etapa a ser superada que é a integração plena deste conjunto de ações com uma comunicação assertiva. Além disso, a cracolândia não deve ser encarada como um “bairro”, um “distrito”, mas sim, como uma comunidade estruturada e gerenciada pelo narcotráfico, dentro da qual uma comunidade de usuários vive numa espécie de massificação narcótica do desejo, a partir da qual a subjetividade e a individualidade sucumbiram perante os apelos orgânicos da dependência, a crueza do preconceito e da indiferença social, bem como a concretude da violência com que os narcotraficantes aplicam as leis que regem o lugar.

Um levantamento realizado pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD – UNIFESP) (14), em 2011, revelou que um terço dos usuários já havia sofrido algum tipo de violência, principalmente por outro usuário e que 10% das mulheres já tinham sido estupradas por outros usuários ou por traficantes. Um terço das mulheres que frequentam a cracolândia têm sífilis, uma moléstia de fácil tratamento, mas com desdobramentos debilitantes e permanentes quando cronicada. Outras doenças infectocontagiosas, como a Aids, as hepatites e

a tuberculose chegam a acometer esses indivíduos dez vezes mais do que a população geral. Uma população adoecida clínica e psiquiatricamente, dominada pela violência do narcotráfico, à espera de inclusão, a qual, infelizmente não virá apenas a partir da garantia do direito de consumir drogas ou de estar em cenas abertas de uso, se assim desejar. A realidade, na verdade, é outra: não estamos olhando para refugiados de guerra ou migrantes da seca, famélicos e destituídos de tudo, mas para um grupo de cidadãos reféns da doença e da violência do tráfico, que necessita apoio dos agentes públicos e das autoridades para sair de lá.

Essa é terceira etapa para a qual devemos caminhar: integrar ainda mais as ações de saúde, assistenciais e policiais, com a participação e o respaldo do Ministério Público, da Defensoria Pública e do Poder Judiciário, partindo do pressuposto da inadmissibilidade das cenas abertas de consumo de crack, em razão do seu caráter aniquilador da dignidade e da cidadania dos que ali se encontram subjugados. A partir desse instante, a história da cracolândia poderá finalmente ter um final feliz.

Referências Bibliográficas

1. Sevcenko N. Orfeu extático na metrópole - São Paulo, sociedade e cultura nos frementes anos 20. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.
2. Bassanezi MSCB, Scott ASV, Bacellar CAP, Truzzi OMS. Atlas da imigração internacional em São Paulo 1850 – 1950: roteiro de fontes sobre a imigração em São Paulo. São Paulo: Editora Unesp – FAPESP; 2008.
3. Homem MCN. Higienópolis - grandeza de um bairro paulistano. São Paulo: EDUSP; 2011.
4. Silva UV. Velhos caminhos, novos destinos: migrante nordestino na Região Metropolitana de São Paulo. Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Sociologia. São Paulo; 2008.
5. Uchôa MA. Crack - o caminho das pedras. São Paulo: Editora Ática; 1996.

6. Ribeiro M. Crack: histórico do consumo da droga na principal capital do país. *Debates Psiquiatria Hoje – Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)* 2010; 2(3):8-13.
7. Rago LM. Os prazeres da noite - prostituição e códigos da sexualidade feminina em São Paulo (1890 - 1930). São Paulo: Paz & Terra; 2008.
8. Abreu NC. Boca do Lixo - cinema e classes populares. Campinas: Editora UNICAMP; 2016.
9. Rydle C. Viciados herdaram área da Boca do Lixo. *O Estado de São Paulo*, domingo, 19 de julho de 1998. P. C4.
10. Binswanger M. The needle trauma. *Tages-Anzeiger, Zurich*. 25 November 2014. Available at: <http://www.tagesanzeiger.ch/extern/storytelling/needletrauma>. Cited 20 Ago 2017.
11. Bless R., Korf D. J., Freeman M. Open drug scenes: a crossnational comparison of concepts and urban strategies. *Eur Addict Res* 1995; 1: 128–38.
12. Harocopos A., Hough M., Community Oriented Policing Services (COPS). *Drug Dealing in Open-Air Markets*. Washington, DC: US Department of Justice; 2011.
13. Waal H., Clausen T., Gjersing L., Gossop M. Open drug scenes: responses of five European cities. *BMC Public Health* 2014; 14: 853.
14. Duailibi L, Ribeiro M, Marques ACPR, Laranjeira R. Perfil sociodemográfico de uma amostra de usuários de crack da Região da Luz ou “Cracolândia” | São Paulo (SP) – resultados parciais da amostra pesquisada (n=170). São Paulo: UNIAD | UNIFESP, 2011.

C A P Í T U L O

3

História do CRATOD e suas intersecções
com as políticas de saúde

Marcelo Ribeiro
Ana Leonor Sala Alonso
Raquel Cleide Mota Carvalho
Luiz Gustavo Vala Zoldan
Sandra Marques

Antes da criação do CRATOD, o espaço era sede do Posto de Assistência Médica (PAM) Bom Retiro, órgão administrado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). À época, o espaço realizava atendimento psiquiátrico, sem que houvesse propriamente uma atenção voltada aos transtornos por uso de substâncias psicoativas. Em 1987 foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que reafirma as diretrizes estabelecidas pelas Ações Integradas de Saúde (AIS) e realiza convênios entre o INAMPS e Governos estaduais na gestão dos serviços. São Paulo foi o primeiro estado brasileiro a assinar o convênio com o SUDS, em 22 de junho de 1987. Assim, progressivamente, os PAMs foram requalificados e gerenciados pelo SUDS.

Com a promulgação da Carta de 1988, a saúde passa a ter significado muito mais abrangente do que a simples assistência médica curativa e preventiva. Em 1990 são criadas as leis Nº 8080 e Nº 8142, regulamentando o artigo 196 da Constituição Federal que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios doutrinários a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação da sociedade na construção dessa política.

A descentralização na gestão dos serviços ocorreu de forma irreversível e, em 1991, o PAM Bom Retiro recebeu a denominação de Núcleo de Gestão Assistencial 10 (NGA 10), continuando sob a gestão estadual e prestando atendimento na área de saúde mental. Enquanto NGA 10, foi observado na instituição o crescimento de transtornos relacionados ao uso de álcool e na tentativa de diminuir e lidar com o estigma associado a tal transtorno, foi criado um grupo de cuidados aos usuários de álcool, com a participação de alguns dos funcionários.

Com o progressivo fortalecimento do SUS, assim como com o aumento do trabalho

pelas garantias dos direitos da pessoa humana no âmbito da saúde, em 2001 é promulgada a Lei 10.216 que estabelecia que os portadores de transtornos mentais não fossem mais vítimas de qualquer tipo de discriminação e omissão, determinando que o atendimento aos portadores de transtornos mentais passasse a ser feito em serviços de modelos comunitários extra-hospitalares, garantindo a convivência familiar e comunitária. A lei não extingue as internações, mas regulamenta e tipifica as internações voluntárias, involuntárias e compulsórias, em consonância com as necessidades expostas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica (1).

Sob tal contexto, em 2002 houve uma reforma da proposta da instituição e em 25 de junho, a partir do Decreto nº 46.860 foi criado, pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, o “Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas” (CRATOD), tendo como eixo norteador as seguintes finalidades:

- I - constituir-se em referência para a definição de políticas públicas para promoção de saúde, prevenção e tratamento dos transtornos decorrentes do uso indevido de álcool, tabaco e outras drogas;
- II - desenvolver conhecimento e tecnologia voltados ao enfrentamento:
 - a) dos problemas causados à saúde, relacionados ao uso indevido de álcool, tabaco e outras drogas;
 - b) de outros transtornos compulsivos, dentre os quais os alimentares e sexuais;
 - c) de outros transtornos causados por álcool, tabaco e outras drogas no período da adolescência;
- III - prestar assistência médica intensiva e não intensiva a pacientes com transtornos decorrentes de álcool, tabaco e outras drogas, nas diversas faixas etárias, incluindo o período de adolescência;

- IV - elaborar, promover e coordenar programas, cursos, projetos de capacitação, treinamento ou aperfeiçoamento de recursos humanos, em consonância com a especificidade do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas;
- V - contribuir para formação e desenvolvimento de recursos humanos especializados;
- VI - desenvolver programas especiais de educação preventiva e promover campanhas educativas e de informação à população;
- VII - orientar as organizações de apoio, quanto aos aspectos assistenciais e psicossociais;
- VIII - atuar de forma articulada e integrada com as demais unidades pertencentes ao Sistema Único de Saúde - SUS, bem como com entidades públicas e privadas;
- IX - desenvolver e avaliar processos de investigação e pesquisa científica e criar mecanismos para a sua divulgação;
- X - propor e executar as ações de vigilância epidemiológica;
- XI - estabelecer parcerias com universidades para consolidação e validação de tecnologia e com organizações nacionais e internacionais para intercâmbio de experiências;
- XII - proporcionar campo de treinamento e estágio adequado nos programas de prevenção e controle de álcool, tabaco e outras drogas.

A partir da publicação da Portaria nº 2103/GM, em 19 de novembro de 2002, o CRATOD foi habilitado junto ao SUS como Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD), atendendo às diretrizes da Portaria nº 336/GM, em 19 de fevereiro de 2002, c.c.

a Portaria nº 189/GM em 20 de março de 2002, agregando assim às suas finalidades iniciais outras características de atendimento.

O momento de transição foi importante para promover entre os profissionais um processo de desmistificação do estigma que envolvia a dependência química. Isso possibilitou que o serviço ficasse mais engajado às propostas da Reforma Psiquiátrica, assim, construindo um serviço mais alinhado ao seu território, onde já se instituíam a cena aberta de uso “cracolândia”. Esse foi o início da aproximação mais intensa a uma população tão excluída e negligenciada por décadas pela sociedade.

Outro marco importante dessa transformação foi a criação do “Programa de Tabagismo” que ganhou grande adesão da população e tornou-se destaque como modelo de política pública, mostrando o pioneirismo do CRATOD nas ações de conscientização, prevenção e tratamento, assim como colocando a instituição no patamar de influenciadores de políticas públicas. A Lei 13.541 de 07 de maio de 2009, popularizada como Lei Anti Fumo, foi um exemplo dessa influência.

Em 2004, com a edição da Portaria nº 1.035/GM/MS, de 31 de maio, e a Portaria SAS nº 442, de 13 de agosto de 2004 (posteriormente revogada pela Portaria GM/MS nº 571, de 05 de abril de 2013), a Secretaria de Estado da Saúde, assume a função de Coordenação Estadual do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), com a missão de capacitar, organizar e manter o Programa junto aos municípios paulistas, ficando o CRATOD como único responsável pela organização da Rede de Tratamento do Tabagismo no estado de São Paulo. O tema do Tabagismo será amplamente discutido em outros capítulos desse livro.

A partir de 2012 o Governo do Estado de São Paulo publicou o decreto no 57.775, de 7 de Fevereiro de 2012, que dispunha sobre

o funcionamento ininterrupto do CRATOD. Com a edição da Portaria n.º 130/GM, em 26 de janeiro de 2012 e da Deliberação CIB n.º 2, de 18 de janeiro de 2013, o CRATOD teve sua habilitação junto ao SUS alterada, passando a ser classificado como CAPSAD III Qualificado.

Assim, em 2013, houve um novo aporte de recursos financeiros e humanos para a Instituição. Esse aporte permitiu então o desenvolvimento de ações de cuidado mais próximas do território e dos usuários da famigerada cracolândia. Diferentes estratégias puderam ser implementadas, como as ações de rua estabelecidas pelos Conselheiros em Dependência Química. Foi possível desde então identificar a presença de uma demanda reprimida de usuários muito graves, com diversa gama de necessidades, inclusive, por vezes, necessidade de internação. Apesar de a instituição passar a ser reconhecida como referência para todas as internações em dependência química, há que se ponderar que o funcionamento 24 horas, com garantia de avaliação psiquiátrica e multiprofissional imediata e a ampliação de leitos na região central, desnudou um cenário de muito maior complexidade e gravidade do que se imaginava.

A partir do desenvolvimento dessas ações, observou-se a necessidade de um trabalho que integrasse diversas secretarias, assim, em 30 de Outubro de 2013, o Governador Geraldo Alckmim através do Decreto No 59.684, dá nova redação e acrescenta dispositivo ao Decreto n.º 59.164, de 9 de maio de 2013, que institui o Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack, denominado Programa Recomeço.

O Programa Recomeço veio como uma iniciativa do governo do Estado de São Paulo para ajudar os dependentes químicos, principalmente os usuários de crack, oferecendo tratamento e acompanhamento multiprofissional ao paciente e aos seus familiares. As

ações eram coordenadas entre as Secretarias Estaduais da Saúde, da Justiça e Defesa da Cidadania e do Desenvolvimento Social, e facilitaram o acesso ao tratamento médico e apoio social e, quando necessário, a internação dos dependentes em centro de referência, incluindo encaminhamento para comunidades terapêuticas e diferentes modelos de acolhimento social, como moradia monitorada e casa de passagem. Estes diferentes modelos serão abordados em outros capítulos deste livro.

O trabalho, por fim, passa a ser integrado com o Poder Judiciário, com a participação do Ministério Público, da Defensoria Pública e da Ordem dos Advogados do Brasil, que acompanham os trabalhos e os casos que precisam do apoio ou interveniência destas instituições. Exemplo desse trabalho foi a instituição do PANI (Procedimento Administrativo de Natureza Individual), recurso utilizado para individualização de casos com múltiplas e singulares necessidades que não estivessem tipificadas nos modelos atuais existentes.

Por fim, em 2015, através do Decreto 61.664 de 02 de dezembro de 2015, reorganiza-se o “Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack – Programa Recomeço”, que passa a denominar-se “Programa Estadual de Políticas sobre Drogas – Programa Recomeço: uma vida sem drogas”, com atuação coordenada das seguintes pastas: Secretaria da Educação, Secretaria da Saúde, Secretaria de Desenvolvimento Social, Secretaria da Segurança Pública e Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. Tal programa será amplamente discutido ao longo de diversos capítulos das próximas seções.

Foram anos de experimentações e modificações para atingir o modelo atual do CRATOD. Hoje, com aproximadamente 400 colaboradores (entre servidores estaduais e parceiros), o CRATOD conta com 36 leitos de observação para desintoxicação, sendo dois

deles leitos de isolamento para portadores de tuberculose (tais leitos foram usados de maneira recorrente como retaguarda para outros CAPS da região), além de mais 01 leito de emergência para estabilização de casos com demanda clínica. A unidade conta com uma porta de atendimento aberta a urgências em dependência química (a primeira e única do Brasil) contando com psiquiatras e médicos clínicos 24 horas para tal suporte, além de equipe de enfermagem e equipe multiprofissional, com testagem rápida para diversas doenças infectocontagiosas para todos os usuários que tiverem desejo de realizar os testes. Possui também um CAPS, com estrutura avançada, contando com atendimentos odontológicos, incluindo confecção de próteses dentárias, sala de reabilitação física, atendimento de infectologia (sendo hoje uma Unidade Dispensadora de Medicamentos Antiretrovirais - UDM) e abordagens de rua na região da Cracolândia, realizadas pelos Conselheiros em Dependência

Química. O CRATOD trabalha com educação permanente e capacitações para o estado de São Paulo dentro das ações do Programa Nacional de Combate ao Tabagismo. Conta também com um Núcleo de Pesquisas, oferecendo ainda local de estágio para alunos de medicina, enfermagem, aprimoramento em dependência química, entre diversas outras atividades. De maneira geral, há uma ampla gama de serviços ofertados pela unidade, pois, para a instituição, após esses anos de experiências, fica claro que não há soluções simples para um problema tão complexo e multifatorial. Não se trata de uma discussão entre redução de danos ou abstinência. Trata-se de ouvir a voz do usuário e seus anseios, trata-se de garantia de direitos, não apenas do direito à liberdade de ir e vir, mas do direito a moradia, saúde, trabalho e cidadania. Em conclusão, fica o desejo de que se possa ampliar esse atendimento e melhorar a cada dia a condição desta população já tão marginalizada e estigmatizada.

Referências Bibliográficas

1. Tuon REAC. A inserção e atuação do Assistente Social nos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas – CAPSad. Mestrado em Serviço Social pela PUC-SP, São Paulo 2011.
2. Decretos extraídos do Diário Oficial - Estado de São Paulo (numeração e data disponíveis no capítulo).

S E Ç Ã O

2

Ações de Rua e Ações de Baixa Exigência
na Região da Cracolândia – CRATOD
e Unidade Recomeço Helvética



P E D R A D A S

No meu caminho
Tinha Uma pedra
 Um bloco
 Uma montanha
Fumei todas
O celular da minha irmã
O micro-ondas da minha mãe
O pneu do carro do meu pai
Fumei Meu tempo
 Meu talento
 Meu lamento
Fumei Meus bens
 Meu bem
 Meus trens
Fumei O teu
 O meu
 O nosso
Restou os ossos
No meio de um vale seco
Esperando um profeta
Soprar e me levantar

Paulo Mapu
(Paulo Roberto da Silva)

C A P Í T U L O

4

O Centro de Convivência da Unidade
Recomeço Helvécia: um Espaço Plural

Hannelore Speier
Raquel Cleide Mota Carvalho
Renata Rigacci Abdalla
Claudio Jeronimo da Silva

Introdução

No Brasil, a Redução de Danos teve início através das primeiras intervenções na prevenção da AIDS, incentivando a adesão ao tratamento e amenizando os riscos de contaminação através da distribuição de seringas para os usuários de drogas. Com a disseminação do uso do crack, droga usualmente fumada através de cachimbo metálico, a distribuição de seringas perdeu seu papel e os redutores de danos deram início a uma nova etapa na área da Dependência Química, voltando sua atenção exclusivamente para o acolhimento e abrindo as portas das instituições, principalmente dos CAPS, com a finalidade de diminuir o estigma aos usuários de drogas e motivar sua participação na construção do autocuidado, da assistência e das políticas de saúde (1).

O Centro de Convivência Helvetia e a “Rua Recomeço” são serviços ligados ao Programa Recomeço e estão inseridos na área popularmente conhecida como Cracolândia, por ser a região de maior concentração de usuários de crack da cidade de São Paulo. Ambos realizam os acolhimentos na lógica da Redução de Danos.

A noção de acolhimento implica não só a diminuição do consumo da droga ou adoção de medidas protetoras mas também pressupõe determinantes psicossociais e participação ativa do usuário na reflexão sobre suas experiências e transformação de seu estilo de vida.

Espera-se produzir um deslocamento do objeto-droga, possibilitando a construção de outros sujeitos (Pereira, 2008).

É importante ter em mente que esse processo é frequentemente permeado por muitas dificuldades: os vínculos são precários e a vida na rua é difícil, o que pode aumentar a desconfiança em relação às abordagens.

O Centro de Convivência do Recomeço Helvetia

Os Centros de Convivência são dispositivos integrantes da rede de saúde mental. Nos Centros de Convivência são desenvolvidas atividades relacionadas à arte, educação, lazer, cultura e economia solidária, visando estreitar laços sociais e afetivos entre os usuários do serviço e a comunidade. Os centros são abertos: qualquer pessoa pode frequentar e participar das suas atividades e não há necessidade de encaminhamento nem restrições de acesso.

As práticas são destinadas a toda a comunidade abrangendo, com isso, diferentes realidades, com atenção especial a populações com vulnerabilidades diversas. No caso do Centro de Convivência da Unidade Recomeço Helvetia, a população de frequentadores é formada, majoritariamente, por usuários de múltiplas substâncias, mais frequentemente de álcool e crack.

Estrutura e Funcionamento

O Centro de Convivência da Unidade Recomeço Helvetia ocupa parte do pavimento térreo e os três primeiros andares da unidade e oferece atividades recreativas, educativas e de autocuidado.

O andar térreo dispõe de:

1. Portaria para registro e distribuição de senhas;
2. Vestiário masculino, feminino e para usuários com necessidades especiais, com chuveiros e armários;
3. Barbearia;
4. Área de espera para o usuário que aguarda o início das atividades mais estruturadas oferecidas nos demais andares. Nesse espaço, são realizadas atividades de curta duração.

O 1º andar é destinado a práticas esportivas e conta com:

- Academia: Sala destinada a atividades grupais (esportivas e terapêuticas).

O 2º andar é dividido em três ambientes:

- Sala de vídeo e conferências;
- Sala para prática de oficinas de informática e leitura;
- Espaço multiuso, que pode ser utilizado tanto para estar e para leitura como para oficinas de artes.

O 3º andar é composto pela Unidade de Alimentação e Nutrição, compreendendo a cozinha experimental (onde são realizadas oficinas culinárias diversas), o refeitório e a copa de apoio.

O Centro de convivência funciona de segunda a sábado das 8h às 18h.

Objetivos

A ambivalência faz parte dos sinais e sintomas presentes nos transtornos por uso de substâncias e esses usuários, independente da substância utilizada que eles alternam, muitas vezes e dentro de curtos períodos de tempo, demonstram de grande interesse, adesão e satisfação com o tratamento, com momentos de desânimo, críticas e desejo de abandono em cuidar-se. Além disso, ainda sentem os efeitos da abstinência recente e, muitas vezes, são acometidos de sintomas psiquiátricos primários ou secundários.

Tendo isso em vista, o Centro de Convivência tem como objetivo atrair o(a) usuário(a) de substâncias psicoativas para um ambiente saudável e acolhedor e, desse modo, motivá-lo(a) a buscar um tratamento visando sua reestruturação e reinserção social.

Por ambiente saudável, entende-se um ambiente que deva ser estável, acolhedor,

preocupado em evitar os gatilhos relacionados ao consumo e estruturado com atividades de curta duração.

O Centro de convivência oferece *atividades recreativas, educativas e de autocuidado* com o intuito de melhorar a motivação, procurando elevar a aceitação e a aderência ao tratamento.

Seu funcionamento se dá a partir de uma *grade de atividades* que contemplam e utilizam os equipamentos oferecidos: autocuidados e higiene (banho, corte de cabelo e barbearia), educação física (academia), gastronomia (cozinha experimental), artes e música (bateria, teatro, sarau), entre outros.

A grade de atividades tem como objetivo:

- Oferecer atividades diversificadas, capazes de atender à heterogeneidade e às idiossincrasias dos usuários de substâncias psicoativas;
- Proporcionar atividades estruturadas e de baixa exigência, possibilitando a participação de frequentadores com possíveis déficits cognitivos
- Oferecer atividades saudáveis como alternativas ao uso das substâncias psicoativas;
- Proporcionar um espaço de expressão sobre os mais diversos temas, ou seja, um espaço que não esteja centrado exclusivamente no tema “droga”, mas sim aberto à pluralidade da vida cotidiana;
- Os usuários devem perceber as oficinas e as atividades como espaços de convivência que possam promover o sentimento positivo de pertencimento a um grupo, como meios de expressão, de troca, de aprendizado e busca para novas formas de ser e de encarar a situação em que se encontram.
- Proporcionar a busca de sentido existencial e de obtenção de satisfação e prazer por meio de relações saudáveis que não incluam o uso de substâncias.

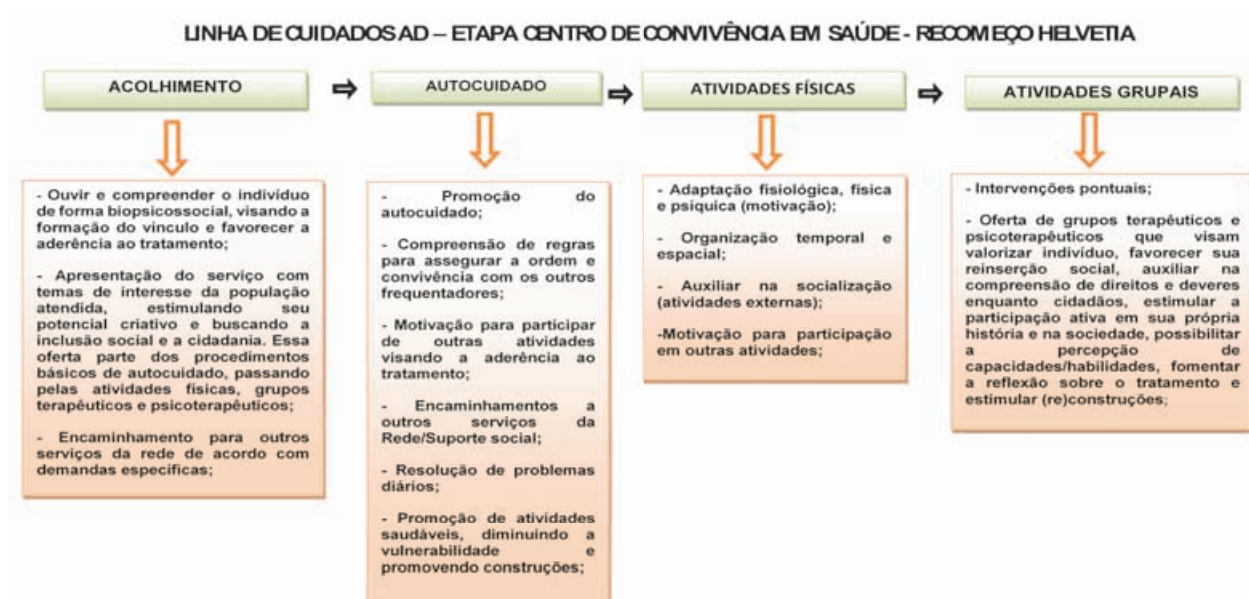
O serviço oferece diferentes formas de promoção da autonomia, desde banhos, corte de cabelo e exercícios físicos, voltados para a recuperação do autocuidado, até grupos mais estruturados como música, culinária e informática. Além disso, há oficinas que motivam os usuários na recuperação da cidadania. É o caso do grupo “Bate Pernas”, que realiza visitas a instituições como museus e espaços culturais e o “Grupo de Corrida”, que participa de corridas de rua no município de São Paulo. Nas Oficinas, busca-se exercitar a dinâmica grupal, adequando comportamentos sem perder de vista a singularidade do indivíduo.

É importante ressaltar que todas as atividades do centro de convivência, mesmo as mais simples, são realizadas por profissionais especializados na abordagem de usuários problemáticos de substâncias e tem como objetivo a promoção de mudança através de técnicas motivacionais. O técnico que coordena as atividades torna-se uma referência, cujo objetivo é assessorar os usuários a reduzir os

danos e a construir vivências não centradas no objeto-droga.

Se houver demanda, é oferecido tratamento, seja através de encaminhamento aos CAPS, internações, tratamento clínico, reaproximação com familiares. A lógica de redução de danos envolve não somente a diminuição dos prejuízos físicos causados pelo uso crônico e/ou pesado de substâncias ou pela situação de rua em que a maior parte das pessoas que frequentam a Cracolândia se encontra, mas também a redução dos prejuízos sociais e psicológicos. Com as Oficinas, realiza-se um convite para que os usuários participem ativamente de seu tratamento. O objetivo principal não é fazer com que o participante pare de usar drogas, mas sim promover reflexões sobre como cada um consegue lidar com sua saúde e sua vida, propondo corresponsabilidade na construção de práticas diferenciadas do cuidado de si. A lógica de redução de danos convoca a promover e a realizar as escolhas, junto ao indivíduo, acompanhando-o nas suas transformações subjetivas.

Fluxo 1.



Conexão Recomeço (ou Rua Recomeço)

Com o intuito de facilitar o acesso aos cuidados de saúde da população da Cracolândia, com especial consideração para os casos que requeriam ações terapêuticas e de reinserção psicossocial de maior complexidade, foi instalado o serviço denominado **CONEXÃO RECOMEÇO (ou Rua Recomeço)**, num ponto estratégico da maior concentração de usuários de Crack da região central da cidade de São Paulo.

A estratégia de busca ativa - Rua Recomeço, é uma ação para intervenções emergenciais voltadas para os usuários, principalmente de Crack, e que tem como objetivo oferecer atendimento “in loco” à população usuária de substâncias psicoativas, em situação de rua, motivando-a à adesão voluntária aos programas de tratamento de dependência química. Trata-se de um espaço posicionado em frente à cena de uso de crack, composto por duas tendas, um *container*-consultório, e um *container* de apoio. Esse espaço conta com uma equipe multidisciplinar, formada por enfermeiros, técnicos de enfermagem e conselheiros em questões de dependência química, que prestam o primeiro acolhimento àqueles que decidem buscar tratamento específico

para a dependência de substâncias psicoativas. Esse acolhimento consiste numa avaliação de risco e triagem realizadas pela equipe de enfermagem. Após essa avaliação, o usuário poderá ser encaminhado para o CAPS-AD (CRATOD ou do território do usuário) e/ou para o pronto atendimento - URGÊNCIA RECOMEÇO e/ou comunidades terapêuticas que compõem a Rede Recomeço. Em casos de maior gravidade a equipe de rua aciona o serviço do SAMU.

Muitos usuários aderem ao serviço da rua Recomeço recusando, no entanto o encaminhamento a outros serviços. Várias atividades de lazer são oferecidas a esses usuários, principalmente como alternativa para preservar o vínculo com a equipe. São oferecidos jogos de tabuleiro, ping-pong, atividades de autocuidado, apresentações culturais e musicais, além de encontros semanais com equipes dos Narcóticos Anônimos (NA).

Em suma, são oferecidas diversas estratégias e instrumentos que buscam estimular um convívio em ambiente saudável e visam motivar para tratamento. Todas as iniciativas respeitam a autonomia dos usuários e importam-se em assisti-los de maneira acolhedora e implicada. Trata-se de um primeiro passo na criação do vínculo e possível gatilho para o extenso período de tratamento.

Referências Bibliográficas

1. Andrade TM, & Friedman SR (2006). Princípios e práticas de redução de danos: interfaces e extensão a outros campos da intervenção e do saber. Em: D. X. Silveira & F. G. Moreira (Orgs.). Panorama atual de drogas e dependências (pp.395-400). São Paulo: Atheneu.

C A P Í T U L O

5

A Arte no Recomeço:
Bateria Coração Valente

Paulo Henrique Mendes Rodstein
Sonia Maria Motta Palma
Anderson Rogério Santos Almeida Manuel
Claudio Jerônimo da Silva

1. Introdução

O tratamento dos usuários de drogas e em especial do crack traz muitos desafios e constantes buscas de alternativas terapêuticas que promovam a motivação ao tratamento. A intervenção através da música pode ser alternativa interessante. Existem algumas experiências da associação de oficinas de música em Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) como atividade oferecida na grade destes serviços. Como exemplo temos o Projeto de Saúde Mental de Belo Horizonte e sua escola de samba *Antes Tarde Que Tan Tan* (1) e, no município de São Paulo, o samba aparece como um elemento importante na reabilitação psicossocial de portadores de transtornos mentais por meio do trabalho e do convívio social com a ala “Loucos pela X”, uma parceria do CECCO – Centro de Convivência e Cooperativa do Jaçanã-Tremembé e o Grêmio Recreativo e Escola de Samba X9 Paulistana (2).

No tratamento das dependências, especialmente a dependência de crack-cocaína, muitos dos desafios enfrentados estão relacionados à falta de tratamento padrão para o desejo. Foram propostas alternativas terapêuticas para promover a adesão ao tratamento, mas a eficácia ainda é pequena e modesta (4). As terapias não farmacológicas, como a musicoterapia, são alternativas interessantes.

Estudos demonstraram que a música exerce grande influência psicológica sobre o comportamento do indivíduo: permite reconstruir as identidades, dando aos usuários de drogas oportunidade para abordar questões que levam ao consumo de drogas – como problemas interpessoais, traumas e problemas de saúde mental –, bem como auxiliar a adquirir novos métodos de coaching

e habilidades sociais, integrando as pessoas através do desenvolvimento de laços sociais e reduzindo a ansiedade. Ela favorece a construção de auto-estima e identidade positiva, além de funcionar como um importante meio de comunicação (3 e 5).

Além disso, estudos recentes sobre os aspectos neurobiológicos da música para o desejo enfatizaram a ativação do sistema de recompensa mesolímbica (6 e 7).

2. Bateria Coração Valente

Nesta perspectiva, dentro do Programa Recomeço, criado pelo governo estadual (decreto Nº 59.164 em 05/09/2013), o Centro de Convivência da Helvétia iniciou em julho de 2014 o Projeto Bateria Coração Valente (8). O nome foi escolhido para demonstrar a força e a luta de cada um dos usuários que vivem na “Cracolândia”. Um dos pilares do projeto visa o desenvolvimento de um forte vínculo e a sensação de pertencimento entre o usuário e a equipe de cuidados de saúde

A missão da Bateria Coração Valente é: Acolher, Retomar a Auto Estima e promover a reinserção social. O grupo da Bateria tem como objetivo utilizar a música como mecanismo de empatia. Visa também desconstruir estigmas que atingem a população em situação de rua e dar visibilidade à problemática da vulnerabilidade social e do uso de crack.

O projeto social consiste em ministrar aos usuários aulas de instrumentos de percussão, individualmente. Os pacientes têm acesso a 30 instrumentos que compõem a bateria. Em um segundo momento é inserida a utilização dos instrumentos em conjunto, ensinando-se frases, coordenação motora, e assim formando-se uma bateria de escola de

samba. Ensaios diários são realizados em dois horários (10:30 e 13 horas), com duração de uma hora.

Porém, para realizar as atividades é solicitado que não se utilizem drogas, sendo este o momento em que acontece a parte terapêutica, onde o usuário escolhe a abstinência para poder participar da bateria.

Atualmente, parte da bateria Coração Valente, compõe a Bateria da Escola de Samba Explosão da Zona Norte (Casa Verde Alta-SP) que compõe o Grupo 4 das Escolas de SP, onde os usuários realizaram seu primeiro desfile oficial em 2016 na Vila Esperança - Zona Leste pela UESP (União das Escolas de São Paulo).

3. Resultados

Em uma análise retrospectiva com todos os registros de pacientes desde a criação do serviço, observamos que, de um total de 10.121 pacientes tratados na Unidade Helvetia, 2.813 (28%) frequentavam aulas e faziam parte da bateria.

O relato do caso abaixo demonstra a importância da implantação deste projeto como coadjuvante do tratamento da dependência química.

Relato: JRS

Começou a usar drogas, por problemas na lanchonete que possuía e teve que encerrar as atividades. Trabalhou registrado, foi mandado embora e as desilusões o levaram ao caminho das drogas, chegando à Cracolândia. Esta situação ocasionou a ruptura familiar. Está há cinco anos na rua. Há três anos faz parte da Bateria Coração Valente, onde aprendeu a tocar. Esta experiência dentro do Projeto Bateria o ajudou a sair da rua, e hoje mora em hotel e participa ativamente do tratamento. Atualmente permanece na luta contra os sintomas da abstinência, e seu maior sonho é retornar à sua família.

4. Considerações finais

A experiência da bateria tem a possibilidade de conduzir o usuário a um encontro consigo mesmo, refletindo seu padrão de uso, mediando uma conexão entre a música e seu subconsciente. O contato com a música pode ter o papel de ressignificar a “dependência”, promovendo uma escuta de seus sentimentos e a descoberta de respostas dentro de si mesmo, ao invés de procurá-las fora.

Referências Bibliográficas

1. Misocvky MC. 1999. Programa de saúde mental de Belo Horizonte: admitir que a loucura existe cria uma realidade. IN: Farah, Marta, Fujiwara, Luis e ALESSIO, Nelson (ORGs). 20 experiências de gestão pública e cidadania. São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania.
2. Mattos JPV. 2004. Loucos pela X. CADERNOS GESTÃO PÚBLICA E CIDADANIA. v. 9, n. 43
3. Andrade, Rubia Laine P.; Pedrão, Luiz Jorge 2005. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. Rev Latino-am Enfermagem, v. 13, 5, p. 737-42.

4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Treatment of problem cocaine use – a review of literature. Lisbon: EMCDDA; 2007.
5. Heiderscheid A, 2009. Songs, music and sobriety – an overview of music therapy in substance abuse. In: Brooke SL (org.). The use of creative therapies with chemical dependency issues. Springfield (IL): Charles C Thomas Publisher Ltd; pp. 136-62.
6. Blood AJ, Zatorre RJ, 2001. Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. Proc. Natl. Acad. Sci. USA. 98, 11818-11823. DOI: 10.1073/pnas.191355898
7. Menon V, Levitin DJ, 2005. The rewards of music listening: response and physiological connectivity of the mesolimbic system. Neuroimage. 28, 175-184. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2005.05.053 Mathis, W.S., Han, X., 2017. The acute effect of pleasurable music on craving for alcohol: A pilot crossover study. J Psychiatr Res. 90:143-7. doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.04.008.
8. Ribeiro M, Duailibi S, Frajzinger R, Alonso A.L.S., Marchetti L., Williams A.V., Strang J., Laranjeira R., 2016. The Brazilian 'Cracolândia' open drug scene and the challenge of implementing a comprehensive and effective drug policy. Addiction. 111: 571 –573. DOI: 10.1111/add.13151.

CAPÍTULO

6

A Cozinha Experimental

Desiree Mendes
Ariadne Ribeiro
Marcelo Ribeiro

Introdução

A dependência química é uma doença que tem ganhado bastante destaque no Brasil por conta da alta incidência. Devido à complexidade de seus processos de instalação e progressão, diversas ações são necessárias para promover um maior comprometimento dos indivíduos acometidos pela dependência.

Tal complexidade pode ser melhor explicada quando passamos a compreender a ação dopaminérgica cerebral que é conhecida como sistema de recompensa(1).

O sistema de recompensa cerebral está diretamente relacionado a manutenção da vida e a perpetuação da espécie na quase totalidade dos seres vivos. Nos seres humanos, esse sistema acaba sendo diretamente afetado pelo uso de substâncias psicoativas, especialmente o crack, que ao ser fumado, em poucos segundos proporciona ao usuário uma sensação de prazer, que após alguns minutos é substituída por um desejo incontável de consumir mais uma dose da droga, mantendo assim a sensação de prazer(2). O sexo e a alimentação são fontes naturais de liberação dopaminérgica, com as quais o uso de crack acaba concorrendo diretamente, proporcionando uma sensação de prazer maior. Devido a isso, entre as ações que chamamos de ações de baixa exigência, oferecer atividades recreativas ou ocupacionais que reorganizem a função cerebral de recompensa é estratégia eficaz para a formação de vínculo e, posteriormente, agente motivador do processo de recuperação(3). Atividades com início, meio e fim auxiliam o dependente químico a cumprir uma meta estabelecida e a sentir satisfação na conclusão de seu feito.

A cracolândia, como é conhecida a região próxima à estação Luz, no centro de São Paulo, é a maior cena aberta de uso de crack já vista no Brasil, e certamente uma das maiores

do mundo. A Unidade Recomeço Helvética foi instalada na rua onde a cracolândia se formou, oferecendo atividades de baixa exigência aos usuários da região, na expectativa de motivá-los posteriormente para o tratamento. As diversas ações decorrentes dessa proposta, são desde banho, protocolos de pés, roupas íntimas descartáveis, barbearia e corte de cabelo, academia e cozinha experimental(4).

A proposta da cozinha experimental, traz um ganho ainda maior nesse processo, sendo o resultado final desse trabalho, um prato delicioso que vai poder ser saboreado pelos usuários que o fizeram, contribuindo assim para devolver ao sistema de recompensa o prazer adquirido nas funções normais, associadas ao processo de execução, em fases, planejamento, ação, envolvendo uma espera que posterga o prazer final.

Existe uma contribuição psíquica e social dentro desse processo, pois a atividade ocupacional proporciona a formação de vínculos que não necessariamente tenham a droga como objetivo final, proporcionando ao paciente uma reflexão sobre a capacidade de ampliar seu repertório de atividades diárias, se sobrepondo ao uso compulsivo e desenfreado da droga.

A experiência de Desirée Mendes na Cozinha Experimental da URH.

Para melhor exemplificar a experiência do grupo de cozinha experimental realizado na Unidade Recomeço Helvetia, uma visita rápida permite ver que os usuários, que há poucos instantes estavam no fluxo, chamados a participar da oficina pela própria Desirée, são estimulados por outros usuários, que já frequentam o grupo, a realizar o processo de

entrada, que pode parecer natural, mas que a eles parece um pouco embaraçoso, e mesmo assim os vemos ir em frente.

“Chego, ando nas imediações, acordo eles, e chamo pra que eles venham participar do grupo, sempre com humor – sacode a muquirana, tem mais felpo na sua barba do que no seu cobertor – estabelecemos uma relação de confiança, e a partir disso, eles também conseguem mostrar a pessoa que eles eram, porque eles também não se reconhecem na condição em que estão no momento atual.”

Desirée

Assim que os usuários chegam ao prédio URH pegam a fichinha do banho e se higienizam antes de subir. Assim que eles sobem, são acolhidos e apresentados à oficina de Cozinha Experimental.

“Eu acredito que no primeiro impacto eu pego eles pela fome, geralmente bem desorganizados, quando se inicia o grupo, eles mesmos se cobram da higiene necessária à participação do grupo. Geralmente eu conto a minha experiência, e tenho a oportunidade de estabelecer uma relação de igualdade, falando sobre a minha história”.

Desirée

Para quem visita pela primeira vez essa oficina, o que pode ser visto é algo que soa bastante incomum, ao notar-se que os mesmos usuários que há poucos minutos estavam alienados e pareciam estar preocupados somente em como conseguir mais drogas, estão, neste momento, como que hipnotizados, ouvindo a Desirée contando sua história e apresentando para eles o grupo de cozinha experimental.

O mesmo acontece no processo inverso, a história da Desirée inspira-os a resgatarem,

em suas lembranças, alguém que eles foram, alguém que tinha família, sentimentos, habilidades e a descobrir que, na verdade, ainda o são.

“Mesmo as pessoas que não me conheciam no passado, assim que eu me apresento, acontece uma coisa mágica, capaz de criar um vínculo que permite a eles, me olhar nos olhos e se reconhecerem em mim. Hoje construí uma relação tão boa com eles, que não temos mais problema de partilha, de divisão, eles conseguem pensar no outro, porque eu mostro pra eles como é entrar no meu mundo. Eu sinto que cresce neles um desejo de fazer diferente, eu busco ali dentro resgatar o melhor deles.”

Desirée

O grupo sempre focaliza em uma temática diferente, a nossa mestre-cuca é quem dá o tom da orquestra, que tem direito à música de fundo e tem um olhar que reflete uma compaixão ímpar, que proporciona aos usuários um momento de envolvimento com a atividade e com um processo engrandecedor que se dá nas coisas mais simples da vida, como uma conversa despretensiosa e cheia de empatia, um cuidado traduzido em uma fatia de bolo ou em um pão recheado. Tudo isso alimenta muito mais que um estômago. É capaz de alimentar de esperança a alma desses indivíduos que se esqueciam de si mesmos e de sua importância, a cada tragada que davam.

“Eles me perguntam, como? Eu digo que existe um botãozinho aqui dentro, que só você tem o poder de desligar. Eu passei por 19 clínicas, fui presa, mas eu sinto que eu sou a soma de todas essas tentativas, um querer único e exclusivo meu.”

“E a satisfação que tenho é que consigo receber mais deles do que acredito que eu tenha pra oferecer.”

Considerações finais

Claramente, através da oficina, pode-se não apenas vislumbrar um futuro tratamento e recuperação dos usuários, como também encontrar nas palavras da Desirée um estímulo para a carreira do profissional que trabalha com dependência química:

“Planos para o futuro... Fazer a faculdade de gastronomia e pós-graduação em arte terapia. Conseguir

oferecer certificação de um curso de culinária, para que eles tenham um diploma pra valorizar.”

Na oficina de cozinha experimental da URH, pode-se dizer que existe algo especial, onde o cheiro inspira, os ouvidos se apuram e a lembrança toma o lugar do olhar, no sentido de oferecer aos indivíduos a motivação necessária para alguma mudança que lhes promova a cidadania.

Referências Bibliográficas

1. Abdalla RR, Madruga CS, Ribeiro M, Pinsky I, Caetano R, Laranjeira R. Prevalence of cocaine use in Brazil: data from the II Brazilian national alcohol and drugs survey (BNADS). *Addictive behaviors*. Jan 2014;39(1):297-301.
2. Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Lima MS, Laranjeira R. Crack cocaine: a five-year follow-up study of treated patients. *European addiction research*. 2007;13(1):11-19.
3. Grigolon R, Cordeiro Q, Trevizol A. Transcutaneous auricular vagus nerve stimulation for food craving: study protocol for a phase II randomized, sham-controlled clinical trial. *Asia Pacific Journal of Clinical Trials: Nervous System Diseases*. July 1, 2017 2017;2(3):91-98.
4. Ribeiro M, Duailibi S, Frajzinger R, Alonso A.L.S., Marchetti L., Williams A.V., Strang J., Laranjeira R., 2016. The Brazilian ‘Cracolândia’ open drug scene and the challenge of implementing a comprehensive and effective drug policy. *Addiction*. 111: 571 –573. DOI: 10.1111/add.13151.

C A P Í T U L O

7

A Abordagem de Rua e os Conselheiros
em Dependência Química

Rosana Chamlian Frajzinger

Nildes Matos Neri

Ariadne Ribeiro

Hannelore Speierl

A Dependência Química é caracterizada pelo uso abusivo, compulsivo e incontrolável de substâncias psicoativas, acarretando prejuízos fisiológicos, psicológicos, bioquímicos e funcionais no indivíduo. Hoje em dia, a sociedade civil, em seu todo, tem se deparado com uma realidade conflitante devido à presença, cada vez maior das chamadas “Cracolândias”. Estas têm por característica o aglomerado de pessoas que usam vários tipos de substâncias psicoativas que conseguem, seja através de furtos, roubos, troca de mercadorias ou prostituição.

Este triste fenômeno espalha-se de forma rápida por todo o território nacional, sendo que a Cracolândia de São Paulo, hoje, é considerada a maior zona de consumo de crack do país, na qual estão usuários de todo as regiões do Brasil, assim como do mundo. Podemos afirmar que este é um problema de âmbito mundial, e não apenas de São Paulo, sendo esta a grande metrópole carregada de sonhos, os quais nem sempre são realizados.

Com a criação do Programa Recomeço houve a instalação de uma tenda em um terreno na esquina das Ruas Helvétia e Dino Bueno, na região conhecida como “Cracolândia”, imediações da Estação da Luz. Este espaço, voltado à assistência de dependentes químicos, confere efetividade às ações dos Conselheiros de Rua, que têm o objetivo de acolher os dependentes químicos e seus familiares, oferecendo apoio e acompanhamento multiprofissional, incentivando a procura espontânea por ajuda.

O local onde este atendimento é realizado ficou conhecido como Tenda Recomeço, (uma tenda de lonas, com containers) e é composto por mesas, cadeiras, fichas de atendimento específicas para encaminhamentos. O espaço, provisoriamente, acaba sendo um setor de triagem específica da Enfermagem, com encaminhamento para

os serviços da região (saúde e social) e outras providências que direcionem o atendimento a população usuária, como: manejo verbal, escuta terapêutica, aferição de sinais vitais, entrevista, exame psíquico e encaminhamentos para as unidades existentes nas redes previstas pela avaliação que foi realizada. Quando identificados os sintomas para internação, os dependentes químicos são direcionados ao CRATOD- Centro de Referência ao Álcool, Tabaco e Outras Drogas, onde serão submetidos à avaliação e conduta psiquiátrica. Fazem parte da equipe Tenda cerca de 40 Conselheiros em dependência química que fazem a abordagem e prestam atendimento no espaço e no perímetro, aos dependentes químicos, em sua totalidade e de maneira singular, dentro do contexto, enfatizando suas necessidades biológicas, emocionais, psicológicas, sociais e espirituais.

A abordagem ao dependente químico

Os Conselheiros ligados ao Programa Recomeço recebem constantes atualizações profissionais através do princípio da educação continuada que tem por objetivo oferecer capacitação técnica, baseada em técnicas de baixa exigência que promovam a formação de vínculo com um enfoque no objetivo que, nesse caso, é motivar o paciente à busca de tratamento espontâneo.

Sendo assim, oferece-se treinamento contínuo nas técnicas de intervenção breve e entrevista motivacional. Além de oferecer orientação e discussão de caso.

Para que esses profissionais tenham o devido reconhecimento nas clínicas da dependência. Seguem algumas das técnicas utilizadas no treinamento dos conselheiros. Embora

resumidamente, este capítulo se propõe a descrever o trabalho dos conselheiros

O termo “Intervenção Breve” refere-se a uma estratégia de atendimento com tempo limitado, cujo foco é a mudança de comportamento do indivíduo.

Seu objetivo é ajudar no desenvolvimento da autonomia das pessoas, atribuindo-lhes a capacidade de assumir a iniciativa e a responsabilidade por suas escolhas.

É uma intervenção de curta duração, que tem um **foco** definido, de maneira objetiva.

OBS: No caso de dependentes de alta gravidade, que possuem vários problemas relacionados ao uso de substâncias, o foco sempre será o encaminhamento a um dispositivo especializado de tratamento (CRATOD).

Miller & Sanches propuseram alguns elementos essenciais do processo de Intervenção Breve. Esses elementos têm sido reunidos usando a abreviação **FRAMES** (que em inglês significa “moldura”, enquadramento, ou seja, você irá “enquadrar” os seus procedimentos nesse esquema).

Feedback (*devolutiva ou retorno*)

Responsibility (*responsabilidade*)

Advice (*aconselhamento*)

Menu of Options (*menu de opções*)

Empathy (*empatia*)

Self-efficacy (*autoeficácia*)

F (feedback) – Devolutiva ao paciente após a triagem do uso de substâncias:

Nessa primeira etapa, avalia-se o consumo de álcool e/ou outras drogas e problemas relacionados a esse consumo, por meio da **Ficha de Abordagem**.

Após essa avaliação, o paciente recebe um retorno (ou feedback) sobre os riscos do seu padrão de consumo. Isso poderá servir também de ponto de partida para convidar o paciente a receber uma intervenção.

Por exemplo: “Pelo que conversamos, parece que você está bebendo numa quantidade que pode lhe causar sérios problemas de saúde ou sociais - vamos conversar um pouco mais sobre isso?...”

R (responsibility) – Responsabilidade e Metas

A função do profissional de saúde será alertá-lo e ajudá-lo.

A mensagem a ser transmitida ao paciente corresponde a: “O uso da substância é uma escolha sua e ninguém pode fazer você mudar seu comportamento ou decidir por você. Se você percebe que isso está prejudicando sua vida e sua saúde, e se quiser mudar, podemos ajudá-lo, mas a decisão é sua”. Isso permite ao paciente ter o controle pessoal em relação ao seu comportamento e suas consequências.

A meta sempre será o tratamento, mas devemos entender que esta é uma decisão que só pode ser tomada pelo sujeito, cabendo a nós ajudá-los a ponderar sua decisão.

A (advice) – Aconselhamento

Fornecer um motivo para que o paciente considere a possibilidade de mudança do comportamento.

Oferecer ao paciente informações sobre o uso de substâncias. É muito importante relacionar os problemas atuais, relatados pelo paciente, com seu uso de substâncias. Algumas vezes o paciente não percebe que é o uso de álcool ou de outras drogas que está afetando seriamente sua saúde. Por exemplo, no caso de úlceras gástricas e uso de álcool, enfisema e uso de tabaco, maconha e problemas de memória, etc.

Desenvolver discrepância consiste em ajudar o paciente a conscientizar-se dos custos de seu comportamento atual relacionados com a dependência de drogas.

M (Menu of Options)

Com um menu de opções, o usuário pode estabelecer estratégias para modificação do comportamento (reduzir ou parar o consumo).

Nessa etapa, o profissional busca identificar, junto com o paciente, as situações de risco que favorecem seu uso de substâncias, tais como: onde ocorre o uso, em companhia de quem, quais sentimentos permeiam esse uso ou em que situações emocionais ele ocorre. Por meio dessa identificação, o profissional orienta o paciente no desenvolvimento de habilidades e estratégias para evitar ou lidar de outra forma com essas situações de risco.

É importante estimular o paciente a pensar nessas estratégias, mas se ele tiver dificuldade você, como profissional, pode sugerir algumas alternativas:

- Identifique, junto com o paciente, outras atividades que possam substituir o uso de drogas. É importante que sejam atividades que possam lhe trazer prazer, como: praticar atividade física, tocar um instrumento, ler um livro, conviver com pessoas não usuárias, etc.
- Disponibilize informações sobre ajuda especializada, se for o caso. Ou ajude-o a refletir sobre as coisas de que gosta, além do uso da substância. Se ele não souber, ou demonstrar dificuldade, use essa situação como argumento para estimulá-lo a se conhecer melhor, a descobrir coisas novas, novos interesses. Procure ter sempre à mão opções gratuitas de lazer, dos mais diferentes tipos, como: atividades esportivas, apresentações de música, oficinas de artesanato, etc. Converse com a assistente social ou pessoas da comunidade sobre essas opções e atividades.
- Descubra algo que o paciente gostaria de ter e sugira que ele economize o dinheiro que gastaria com drogas para adquirir

aquele bem. Junto com ele, faça as contas de quanto ele gasta. Por exemplo: um fumante que gaste R\$ 7,50 por dia com cigarros, em um mês economizaria R\$ 225,00 e, em 6 meses, R\$ 1350,00, o suficiente para comprar um celular novo, ou uma máquina digital, ou até mesmo um computador. Cálculos simples como esse podem ajudá-lo a perceber o prejuízo financeiro ao qual se sujeita.

E (empathy) – Empatia

Evite ter um comportamento confrontador ou agressivo. Demonstre ao paciente que você está disposto a ouvi-lo e que entende seus problemas, incluindo a dificuldade de mudar.

S (Self-efficacy) – Autoeficácia

O objetivo é aumentar a motivação do paciente para o processo de mudança, auxiliando-o a ponderar os “prós” e “contras” associados ao uso de substâncias psicoativas. Você deve encorajar o paciente a confiar em seus próprios recursos e a ser otimista em relação à sua habilidade para mudar seu comportamento, reforçando os aspectos positivos. Uma Intervenção Breve eficiente não consiste somente em utilizar as técnicas propostas, mas também em criar um ambiente de APOIO para o paciente. Procure saber quem pode ajudá-lo nesse processo e incentive-o a conversar com essa pessoa.

Dicas para a realização de uma boa intervenção:

1. Evite usar rótulos ou jargões, como: alcoólatra, maconheiro, drogado, etc. Isso só intimida e envergonha o paciente, dificultando o estabelecimento do vínculo necessário para uma boa intervenção;

2. Procure fazer perguntas abertas, como: “me fale mais sobre seu consumo de maconha...”;
3. Procure fazer a chamada “Escuta Reflexiva”, que é um modo de demonstrar o entendimento do que o paciente lhe diz. Por exemplo: “Você está querendo me dizer que o seu consumo está causando problemas em seu trabalho?” ou “Se eu entendi bem, você disse que costuma beber grandes quantidades quando está com seus amigos de trabalho...”. Isso evita que o paciente negue alguma afirmação já feita, mencionando que não foi isso que ele quis dizer, ou que você entendeu errado;
4. Procure demonstrar sensibilidade e empatia, sendo sempre receptivo às questões abordadas pelo paciente;
5. Procure aumentar a consciência do paciente quanto aos benefícios relacionados com a sua mudança de comportamento. Mostre a ele que as coisas podem melhorar, mas que isso depende principalmente de um posicionamento dele (responsabilidade). Reforce sua liberdade de escolha;
6. Sempre encoraje o paciente e reforce sua autoeficácia (self-efficacy), em relação aos comportamentos que ele gostaria de mudar. Diga que você confia nele, que acredita em sua capacidade de mudar;
7. Preste atenção à comunicação não verbal do paciente, ou seja, se ele parece agitado, inquieto, nervoso, etc. Isso também vale para você: demonstre interesse olhando nos olhos da pessoa e ouvindo-a atentamente.

Usuários de substâncias apresentam maiores chances de mudança de comportamento quando:

- Percebem que o uso de substância é causador de seus problemas;
- Acreditam que as coisas podem melhorar;
- Acreditam que podem ou conseguem mudar;
- Relacionam seus problemas ao uso de substâncias.

A condição de risco e vulnerabilidade dos moradores de rua, nos grandes centros urbanos, está associada a todo tipo de exclusão social. São diversos os fatores de natureza econômica, política e social que contribuem para esse fenômeno. Vários estudos mostram que o abuso de drogas surge como um aspecto relevante diante da fragilidade que caracteriza essa população, sendo o álcool a substância mais usada no contexto de rua.

O modelo tradicional de família, com todos os membros vivendo sob o mesmo teto, está em fase de transformação. Diversos fatores, como desemprego, exclusão social, violência, falta de moradia, entre outros, contribuem para esse fenômeno. Essas condições levam, muitas vezes, a uma fragilização das relações familiares, em que a saída para a rua representa uma alternativa possível para o enfrentamento das dificuldades.

Alguns estudos realizados sobre prevenção ao uso de drogas concluíram que as ações mais eficazes são aquelas que abordam os aspectos psicossociais e trabalham as habilidades de resistência ao consumo, bem como as crenças relacionadas a ele (De Micheli *et al*, 2004).

Segundo esses estudos, as instituições de atendimento representam uma importante referência para os moradores de ruas no encaminhamento para os diversos problemas e

também uma oportunidade de dar novo significado à sua trajetória de vida.

Preparando os profissionais para lidar com as situações de crise da população em situação de rua, momento em que apresentam menos resistência e normalmente buscam ajuda nas instituições para tratamento, eles são preparados também para perceber essa fase de prontidão para receber ajuda e realizar os encaminhamentos necessários, com um trabalho em rede articulada de serviços (Varanda & Adorno, 2004; Santos & Bastos, 2002; Magnani, 2002; Aueswald & Eyre, 2002; Scanlon et al 1998).

Essa intervenção é proposta, por esses profissionais, como atividades simples e criativas, utilizando música, esportes, pintura, dança, jogos educativos, e outras estratégias de formação de vínculo.

A Entrevista Motivacional no Contexto da Abordagem de Rua

RQC é um questionário composto por 12 itens que abrangem os estágios motivacionais de mudança – pré contemplação, contemplação e ação. O estágio de manutenção não é abordado por esse instrumento, mesmo porque o questionário será aplicado *in loco*, no ambiente onde os usuários estão fazendo o uso de substância. Este questionário foi elaborado para avaliar pacientes dependentes de álcool, mas foi adaptado

para pacientes gravemente acometidos pela dependência de crack.

Esses conceitos são amplamente discutidos em capacitações semanais, e exemplos práticos são utilizados para que os conselheiros tenham base para aplicar na abordagem.

Metodologia de Aplicação da Entrevista Motivacional

Perguntas abertas – Como posso ajudar? O que você gosta no crack? O que você quer fazer quanto a isso? Na sua opinião, parar de usar pode ser importante por quê?

Reforço positivo – Consiste em valorizar as ideias que contemplem a mudança do indivíduo, dadas por ele mesmo. Elogiar, apoiar, compreender.

Reflexão – Sempre que possível, reformular a resposta do indivíduo com fidelidade e amplitude, de maneira simples e demonstrando empatia.

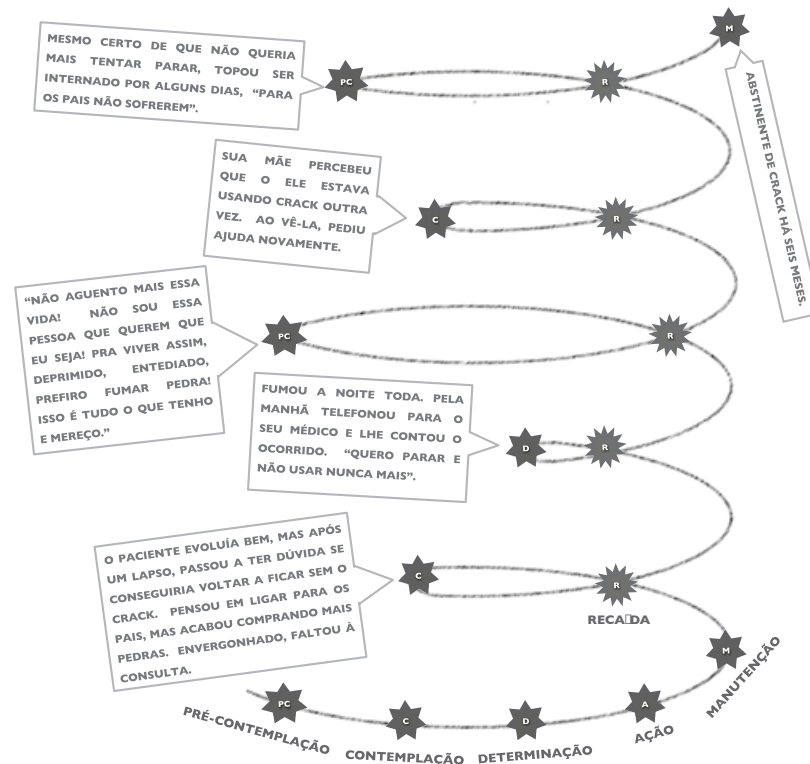
Resumir – Conectar assuntos, demonstrar que está com a atenção voltada ao que o indivíduo está trazendo e auxiliá-lo a organizar as ideias.

Cada estágio de motivação merece uma atenção específica com estratégias e tarefas motivacionais

Estágio	Estratégia	Tarefa Motivacional
Pré-Contemplação – Quando não há intervenção de mudança, não havendo inclusive consciência do indivíduo quanto aos seus problemas	Evitar rótulos, confrontação ou conselhos a respeito do que o dependente deve fazer para mudar. Oferecer informações e feedback personalizado para despertar atenção para o problema.	Levar o paciente a considerar seriamente a mudança – Levantar dúvidas, aumentar a percepção do paciente sobre os riscos e problemas do comportamento atual

<p>Contemplação – Ocorre quando o sujeito está consciente do problema, mas devido à ambivalência, ainda não iniciou nenhuma ação.</p>	<p>Realizar um Balanço Decisório.</p> <p>Vantagens e desvantagens em manter o comportamento atual.</p>	<p>Uma considerável avaliação que leve à decisão de mudar. Deve promover a reflexão do indivíduo, de maneira orientada.</p>
<p>Determinação – Há decisão de mudar, mas ainda não foi feito nada para que a mudança ocorra.</p>	<p>Identificar passos e habilidades necessárias para a mudança (a mudança é gradual). Verificar a adequação e a viabilidade do planejamento.</p>	<p>Uma considerável avaliação que leve à decisão de mudar. (fazer a pessoa pensar sobre as consequências desse uso a médio e longo prazos)</p>
<p>Ação – Momento em que o sujeito coloca em prática ações para a mudança.</p>	<p>Ajudar o paciente a dar passos rumo à mudança</p>	<p>Colocar em prática estratégias / ações para a mudança. Se necessário revisar o planejamento.</p>
<p>Manutenção – Estágio no qual se tenha como objetivo a prevenção de recaída e a consolidação dos ganhos obtidos durante a ação</p>	<p>Identificar as dificuldades que o indivíduo encontrou.</p> <p>O que faz ele querer se aproximar dos comportamentos de risco?</p>	<p>Esclarecer que lapsos e recaídas são normais e podem ser superados.</p> <p>Abordar como experiência de aprendizagem.</p>

Para exemplificar melhor, os estágios motivacionais estão disponíveis na figura 1.



Desta maneira o trabalho dos conselheiros em dependência química é pautado em estratégias eficazes de abordagem, e resulta na motivação espontânea dos indivíduos usuários de crack.

Considerações Finais

O trabalho de abordagem de rua dos conselheiros em dependência química do CRATOD representa um avanço no processo de profissionalização de ex-dependentes químicos para o trabalho formal na área. O

processo de vínculo se dá de forma mais efetiva quando a linguagem da empatia, tão presente em pessoas que tenham vivido o mesmo drama, consegue ser expressada nessa atitude nobre de estender a mão à compreensão ao outro.

Isso significa quebrar mais um paradigma existente, do trabalho não formal dos dependentes em recuperação, ou até mesmo, dos que estão há muitos anos em total abstinência e não conseguem atuar na área, pois os espaços do CAPS não os reconhecem dentro do potencial motivador de mudanças e, principalmente, dentro do potencial formador de vínculo.

Referências Bibliográficas

1. Abdalla RR, Madruga CS, Ribeiro M, Pinsky I, Caetano R, Laranjeira R. Prevalence of cocaine use in Brazil: data from the II Brazilian national alcohol and drugs survey (BNADS). *Addictive behaviors*. Jan 2014;39(1):297-301.
2. Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de saude publica*. 2008;24 Suppl 4:s545-557.
3. Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Dias AC, Laranjeira R. Causes of death among crack cocaine users. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*. Sep 2006;28(3):196-202.
4. Ribeiro M, Duailibi S, Frajzinger R, et al. The Brazilian 'Cracolândia' open drug scene and the challenge of implementing a comprehensive and effective drug policy. *Addiction*. Apr 2016;111(4):571-573.
5. Diclemente, C. C. (1982). Transactional Therapy: toward a more integrative model of change in Psychotherapy: theory, research and practice, 19: 276-288.
6. Escobar MGF, Bezerra SMN. (2015). A crescente expansão do uso de crack no Brasil: considerações quanto à reinserção social dos usuários através do trabalho. Maranhão, Brasil.
7. Andretta I. (2009). A efetividade da Entrevista Motivacional em adolescentes usuários de drogas que cometeram infracionalin 103f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
8. Kessler F, Pechansky F. (2008). Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30, 2, p. 96-98.
9. Muller & Rollnick. Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para mudança de comportamentos adictivos.
10. Figlie NB, Paya R. Dinâmicas de grupo Aplicadas no Tratamento da Dependência Química.
11. Figlie NB, Laranjeira RR. Aconselhamento em Dependência Química

C A P Í T U L O

8

Testes Rápidos no Contexto da Cracolândia
– Uma abordagem das infecções sexualmente
transmissíveis, Aids e Hepatites Virais.

Ariadne Ribeiro
Viviane Briese
Relba Fritoli
Aparecida dos Santos
Marcelo Ribeiro

As novas perspectivas sobre a Aids no Brasil e no mundo

As taxas de prevalência das infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e o uso de crack são mais elevados nos países de baixa e média renda (LMIC's). O Brasil representa aproximadamente 47% de todos os casos de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) / Aids na América Latina e está entre os países com maiores taxas de cocaína fumada (crack), com 0,8% dos usuários atuais (1). Embora não tenham ocorrido recentemente reduções significativas na oferta ou na demanda de cocaína, as iniciativas de prevenção e tratamento do HIV reduziram significativamente a incidência de todos os novos casos de HIV de 3,1 milhões, em 2000, para 2,1 milhões, em 2015, em todo o mundo(2).

No entanto, no Brasil, altas taxas de HIV Aids e sífilis foram relatadas entre populações vulneráveis. De 2011 a 2013, houve um aumento de 1,047% no número de mulheres e

consequentemente recém-nascidos infectados com sífilis, seguido por um aumento de 135% na sífilis congênita (3).

Ao longo dos últimos trinta anos foram feitos esforços para aumentar as medidas preventivas, como a oferta de exames, melhorando a acessibilidade ao tratamento de ISTs. Além disso, as políticas de saúde pública focadas no tratamento de IST's no Brasil priorizaram populações específicas de alto risco, como profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens (HSH), indivíduos transgêneros e usuários de drogas.

Desde então, os dados sobre a prevalência de IST's em dependente de crack são limitados, e os esforços para diminuir a mortalidade da população dependente de drogas deve levar em conta programas de testagem e tratamento disponíveis para a população, levando em consideração as especificidades e características limitantes do processo de autonomia e autocuidado percebidos nos usuários de crack. (4 131).

Resultados preliminares das prevalências, seguem no gráfico 1:

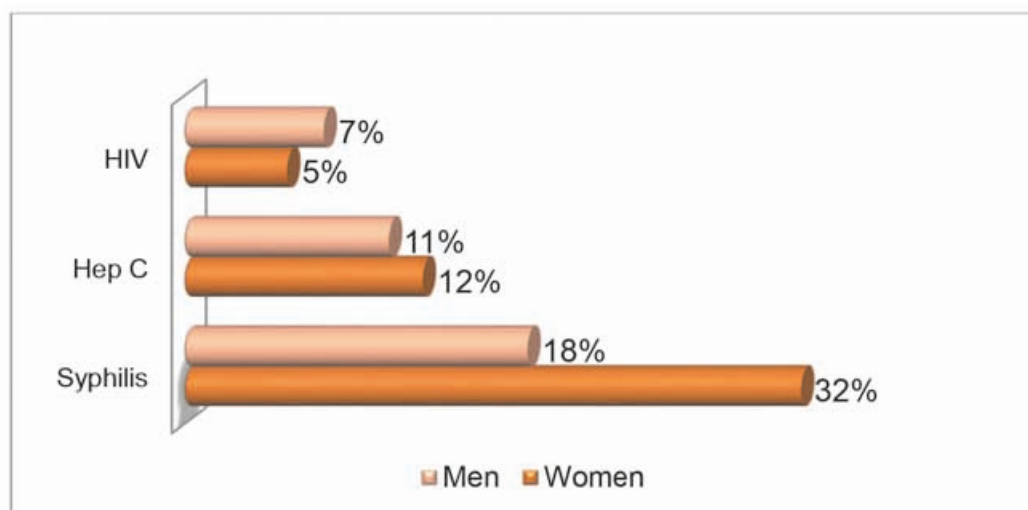


Gráfico 1: Prevalência de IST's em homens e mulheres dependentes químicos.

O desafio de promover prevenção, tratamento e acompanhamento

Levando em consideração que os usuários atuais de crack não estão mais injetando cocaína, as estratégias de redução de danos, como troca de seringa, distribuição de manteiga de cacau e distribuição de camisinhas não são suficientes como prevenção, ou simplesmente não estão sendo compreendidas pelos dependentes de crack. Portanto, as iniciativas de redução de danos deveriam ir além dessas estratégias e enfatizar a manutenção dos tratamentos de HIV e sífilis, em vez disso, como forma de reduzir as taxas de transmissão, através da adesão ao tratamento e supressão da carga viral.

No CRATOD foi realizado o primeiro estudo que avalia a sífilis e o cenário de HIV / AIDS na Cracolândia, Brasil (Ribeiro, A. 2017). As descobertas ressaltam a importância de priorizar o teste de IST's, a disponibilidade e a manutenção do tratamento. A maioria dos pacientes incluídos (73%) era constituída por indivíduos dependentes de crack, que pertencem a uma camada socialmente vulnerável e estão altamente expostos a uma variedade de comportamentos de risco.

Estudos anteriores relataram a associação entre o consumo de crack e as taxas de mortalidade mais elevadas entre os pacientes HIV positivos (5), mesmo quando há adesão à terapia antirretroviral e outras variáveis sociais demográficas. Resultados preliminares também mostraram que os pensamentos suicidas foram relatados por um terço da amostra. É relevante mencionar que a avaliação da ideação suicida foi realizada antes da entrega dos resultados do teste de HIV, reduzindo a possibilidade de um impacto imediato do conhecimento de resultados de diagnóstico positivos. Os pacientes que apresentaram resultados positivos para o HIV tiveram seis vezes mais

chances de denunciar ideação suicida. Há uma grande quantidade de evidências que apoiam não apenas a relação entre ideação suicida e uso de crack, mas também sua associação com a infecção pelo HIV, especialmente nos primeiros meses após o diagnóstico (6).

Quinlivan e colaboradores relataram recentemente a associação entre ideação suicida e o diagnóstico de HIV nos três anos anteriores, a partir de um estudo transversal multicêntrico (N = 304 pacientes) (7). Esta associação enfatiza a importância de implementar medidas de prevenção de suicídios entre os serviços de dependência no Brasil e a necessidade de estratégias de prevenção e redução de danos, além das iniciativas de promoção do sexo protegido, pois o alto risco de suicídio pode superar esse comportamento sexual de risco.

Comportamentos de risco na população da Cracolândia.

As condições de alta vulnerabilidade psíquica são descritas em estudo preliminar recentemente realizado na Cracolândia, por pesquisadora da Unifesp, em que são relatados pelos dependentes, comportamentos sexuais de risco: 57,1% dos homens entrevistados disseram desprezar sua própria orientação sexual em função da necessidade de usar drogas. Tal afirmação demonstra que o uso de substância molda completamente a capacidade desses indivíduos de se relacionar. Embora ações de redução de danos estivessem sempre a disposição, no momento de uso, os dependentes afirmam que não existe tempo para buscar preservativo ou negar a possibilidade de sexo rápido e obter o crack. A troca de sexo por drogas foi relatada por 76,9% das mulheres, e por 70,6% dos homens.

O sexo desprotegido é prática comum entre os dependentes, como pode ser observado no Gráfico 2.

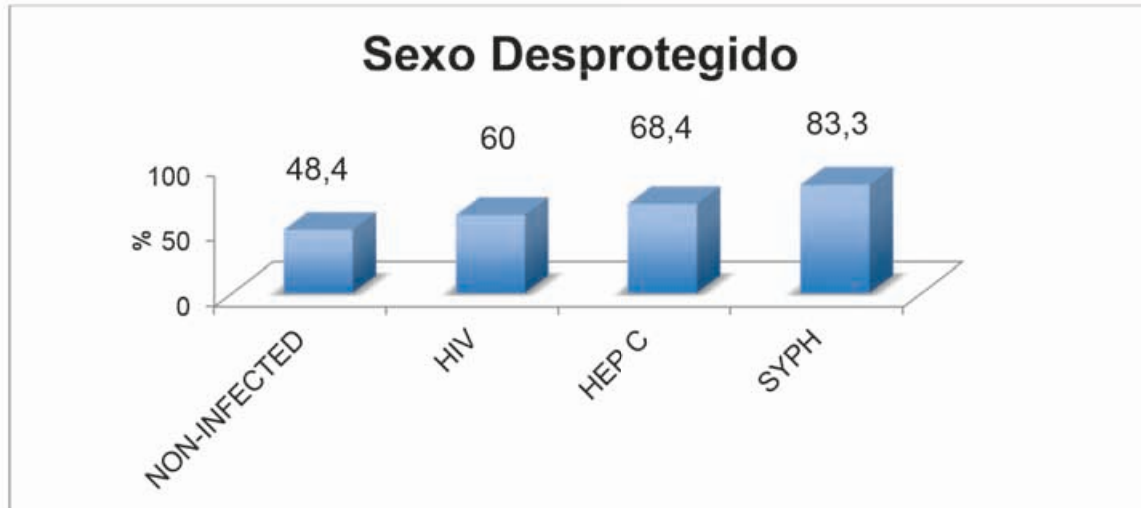


Gráfico 2: Prevalência da ocorrência de sexo desprotegido em diferentes populações portadoras ou não de IST's dentre usuários atendidos no CRATOD.

Entre o total de entrevistados, 27,9% relataram haver sofrido abuso sexual na infância, e relataram praticar comportamentos de automutilação 46,7% das mulheres e 23,8% dos homens.

As tentativas de suicídio relatadas entre o total de entrevistados foi de 37% e diferem conforme os tipos de IST's que os usuários possam apresentar, como se observa no Gráfico 3.

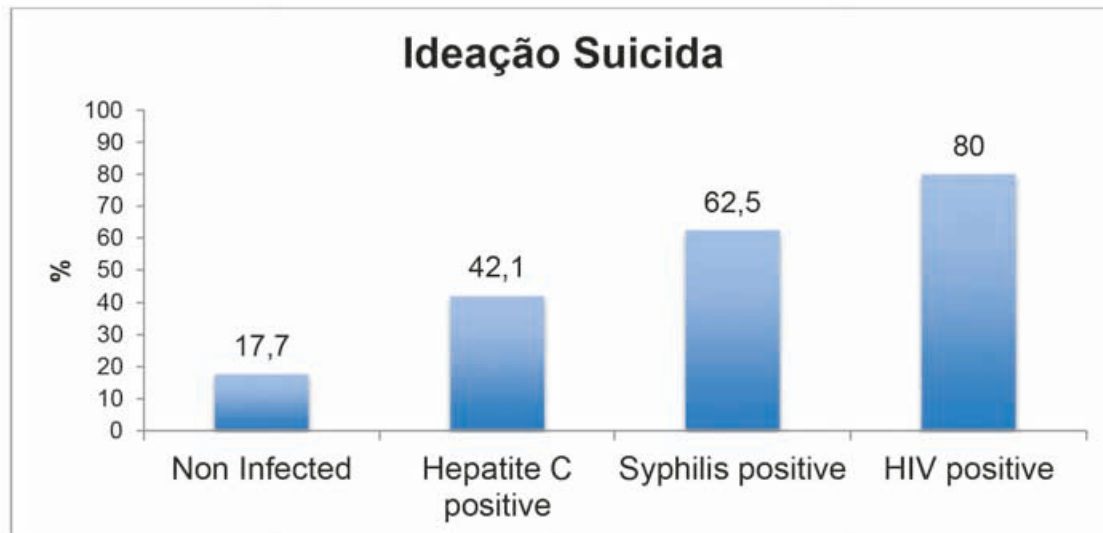


Gráfico 3: Ocorrência de ideação suicida entre usuários do serviço CRATOD, portadores ou não de IST's.

Tais características endossam a necessidade de esses pacientes serem motivados à cessação do consumo, e participarem de atividades que monitorem sua adesão à terapia antirretroviral ou antibiótica, com vistas a uma supressão da carga viral e consequente anulação do poder de transmissão do vírus do HIV.

Estratégias de Testagem

Ao adentrarem o serviço em busca de tratamento, ainda na triagem, logo após a aplicação de um questionário e procedimentos de enfermagem que avaliam o grau de risco desses pacientes, é então ofertada a possibilidade de testagem rápida para HIV, Sífilis, Hepatite B e C.

Os Testes Rápidos: são testes de cromatografia imunoqualitativa para detecção de anticorpos do vírus de imunodeficiência humana tipo 1 e 2 (HIV-1 e HIV-2) em soro humano, plasma e sangue total. HIV TEST é um teste rápido para uma detecção qualitativa de anticorpos de todos os isotipos (IgG, IgM, IgA) específicos para HIV-1, incluindo o grupo O e HIV-2, plasma humano e sangue total. A sífilis é testada usando cromatografia imune para detecção de anticorpos treponêmicos, é um teste qualitativo para a detecção de anticorpos específicos para *Treponema Pallidum* em soro, plasma ou sangue total, utilizando uma combinação de antígenos recombinantes de *T. pallidum*. Os testes de Hepatites Virais também utilizam a mesma técnica, de detecção de anticorpo. Os resultados positivos para o HIV foram testados para a contagem de Linfócitos e Carga Viral. E a revelação diagnóstica já permite a marcação de consulta com a infectologista, que pode, a partir do modelo de tratamento para dependência química ofertado ao paciente, indicar a terapia antirretroviral e acompanhar o paciente nesse processo de adesão, até que seja possível a transferência do paciente para

outro serviço de infectologia mais próximo de sua moradia. Os resultados positivos da sífilis exigiram o teste do VDRL (Venereal-DiseaseResearchLaboratory) para confirmação. A confirmação foi identificada usando o ponto de corte de 0,9 para excluir a infecção por treponema. Todos os resultados positivos levaram ao aconselhamento e tratamento na própria unidade, ou encaminhamento com relatório específico para continuidade do tratamento antibiótico durante internação, acolhimento ou tratamento ambulatorial.

Os casos de Hepatite C são confirmados através do teste PCR quantitativo e recebem encaminhamento para tratamento, com as devidas orientações, no caso do paciente realizar tratamento psiquiátrico com medicações que possam interagir com o tratamento das hepatites.

Considerações finais

Apesar das grandes vitórias alcançadas pelo Brasil desde o início da distribuição de antirretrovirais pelo SUS as quais foram cruciais para promover no Brasil uma das campanhas mais bem estruturadas de luta contra a Aids, observamos ainda uma alta prevalência de sífilis e HIV na população oriunda da Cracolândia.

O uso de crack é altamente associado a comportamento sexual de risco, além da prevalência elevada de ideação suicida entre pacientes soropositivos. Nossas descobertas demonstram que as complexas vulnerabilidades sociais e psicológicas dessa população exigem abordagens de prevenção e tratamento adequadas. Estratégias efetivas devem levar em conta não só as características intrínsecas do vício e outras IST's, mas também incorporar o desafio de promover a saúde entre populações vulneráveis com alto risco de suicídio e auto cuidado precário.

Esse é o trabalho que a Vigilância Epi-

demiológica do CRATOD tem realizado, de forma pioneira, na população usuária de crack, e os resultados são dignos da premiação con-

quistada, sendo importante destacar o apoio dado desde o início pelo Centro de Referência e Treinamento DST AIDS.

Referências Bibliográficas

1. Abdalla RR, Madruga CS, Ribeiro M, Pinsky I, Caetano R, Laranjeira R. Prevalence of cocaine use in Brazil: data from the II Brazilian national alcohol and drugs survey (BNADS). *Addictive behaviors*. 2014;39(1):297-301.
2. WHO UT. UNAIDS. 2015. p. 44.
3. Ministério da Saúde VE. Boletim Epidemiológico - Sífilis. 2015.
4. Ribeiro M, Duailibi S, Frajzinger R, Alonso A.L.S., Marchetti L., Williams A.V., Strang J., Laranjeira R., 2016. The Brazilian 'Cracolândia' open drug scene and the challenge of implementing a comprehensive and effective drug policy. *Addiction*. 111: 571 –573. DOI: 10.1111/add.13151.
5. Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Dias AC, Laranjeira R. Causes of death among crack cocaine users. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*. 2006;28(3):196-202.
6. Kang CR, Bang JH, Cho SI, Kim KN, Lee HJ, Ryu BY, et al. Suicidal ideation and suicide attempts among human immunodeficiency virus-infected adults: differences in risk factors and their implications. *AIDS care*. 2016;28(3):306-13.
7. Quinlivan EB, Gaynes BN, Lee JS, Heine AD, Shirey K, Edwards M, et al. Suicidal Ideation is Associated with Limited Engagement in HIV Care. *AIDS and behavior*. 2017;21(6):1699-708.

C A P Í T U L O

9

O Planejamento Familiar: A experiência
do implante de Etonogestrel no território

Luís Carlos Sakamoto
Eliana Cristina dos Santos
Rosana Chamliam Frajzinger
Ana Carolina Siqueira de Moraes
Ana Lucia Karasin

Introdução

O número de usuários de drogas ilícitas no mundo tem se mostrado crescente e com características peculiares em cada país ou mesmo continente. Nas capitais do Brasil, estima-se que 0,81% da população consome o crack (aproximadamente 360.000 pessoas), sendo que 21,3% são mulheres em que a faixa etária entre 18 e 24 anos é a mais prevalente (37,4%), podendo apresentar maior risco de doenças sexualmente

transmissíveis (DST) e gestações não planejadas de alto risco (1).

O crack no nosso meio é a droga causadora de danos mais impactante em todas as esferas (figura 1), principalmente sobre as mulheres inseridas em contexto de maior vulnerabilidade que possuem baixa escolaridade, estão em situação de rua, apresentam história de violência sexual, uso de drogas lícitas e ilícitas concomitantes e com alta intensidade, baixo uso de preservativos e troca de sexo por dinheiro ou droga (1).

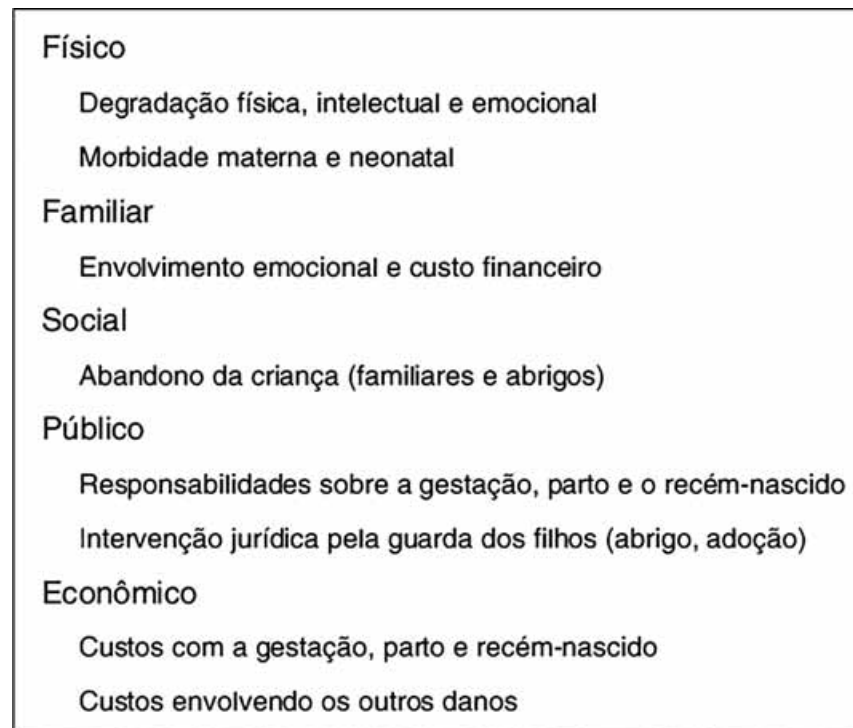


Figura 1. Relação dos danos causados pelo uso das drogas (Adaptado de Sakamoto e col., 2015).

Dentre as DSTs, as infecções pelo HIV são freqüentes entre os usuários de crack devido seu comportamento sexual de risco. As mulheres têm incidência duas vezes maior do que os homens (1). Vários estudos enfatizam o papel dos fatores sociais na vulnerabilidade dessas mulheres e o engajamento dos comportamentos sexuais de risco como causa importante no aumento da infecção, mas poucos estudos têm tentado identificar esses fatores. A rejeição social parece estar significativamente associada com um maior número de parceiros sexuais (2).

A sífilis também apresenta incidência elevada nessa população, quer entre mulheres que estão fazendo contracepção com implante (20,4%) (3), quer durante a gravidez (15,7%) (4).

Ainda existem poucos estudos que relacionam o consumo de crack e cocaína com o aumento nos níveis de violência às mulheres, tais como argumentos verbais, agressões físicas e ameaças de morte, motivados principalmente pelo envolvimento no tráfico de drogas (5), em que quase 1/3 das mulheres já foram presas (36,8%), e quase metade delas sofreram algum tipo de violência sexual (46,6%) na maioria das vezes devido a sua submissão perante o homem, agravando esse estado de vulnerabilidade (1).

Quando uma mulher usuária de droga ilícita apresenta uma gestação não planejada, além de ela ser de alto risco pelo aumento da morbidade e mortalidade materna e neonatal, também determina danos à criança, aos familiares, à sociedade e ao serviço público

(3). Situação de extrema importância, pois em pesquisa realizada no Brasil de 2014, aproximadamente 13% das usuárias de crack (10.000 mulheres) estavam grávidas (1).

Dentre as morbidades durante uma gestação em usuárias de crack da Cracolândia de São Paulo estão presentes altos índices de prematuridade e óbito fetal intrauterino (3). Também apresentam rotura prematura de membranas (28,9%), descolamento prematuro de placenta (2,4%), e grande parte dos recém-nascidos apresentam peso inferior a 2.500 g (42,2%) (4). Os maiores gastos no serviço público no Brasil com uma gestação não planejada são devidos a complicações com recém-nascidos, representando 72% desse custo, atingindo valores de R\$ 2,84 bilhões ao ano (6).

A realização da contracepção em mulheres usuárias de crack para promover a redução dessas situações de risco em uma gestação não planejada é necessária, pois aproximadamente 1/3 delas não utiliza qualquer método contraceptivo (36,6%) (3). Além disso, deve ser abordada de modo especial, pois há necessidade de se ter ações imediatas e práticas, já que não se consegue fazer uma programação para consulta ginecológica, coleta de exames e introdução do método contraceptivo.

A utilização de métodos de curta duração como as pílulas contraceptivas existentes nas unidades de saúde básica, assim como o anel vaginal ou o injetável mensal que não são fornecidos pelo serviço público, não devem ser indica-

dos nessa população devido ao uso inadequado causado por esquecimento, onde a taxa de falha real pode aumentar em até 3.000% (7).

Em revisão sistemática da literatura sobre o uso de anticoncepcionais por mulheres usuárias de drogas ilícitas, principalmente por opióides (51%), mas, também por outras substâncias como álcool e cocaína verificou-se que a prevalência contraceptiva é menor em comparação com a população de não-usuárias (56% vs. 81%, respectivamente), onde os preservativos são os mais utilizados (62%), enquanto o uso de LARCs (contraceptivos de longa ação) como implantes e dispositivos intra-uterinos (DIUs), são muito menos prevalentes (8%) (8). Essas mulheres têm uma necessidade não atendida de contracepção para reduzir a gravidez não planejada, especialmente de LARCs, que devem ser oferecidos por serviços de contracepção, junto com equipes que realizam o tratamento básico contra a droga (9). Porém, entre as mulheres usuárias de crack existem inúmeros obstáculos para selecionar candidatas para o uso dos DIUs, principalmente pelo fato da moléstia inflamatória pélvica não apresentar diagnóstico e tratamento firmados (3).

Por todos esses motivos, o implante subdérmico de Etonogestrel aparece como importante método contraceptivo, e provavelmente é o mais adequado para essa população. Além da prevenção de gravidez não planejada, pode reduzir danos familiares, sociais e principalmente, custos ao serviço público (3).

Também devemos considerar a contracepção com LARCs entre adolescentes pela alta incidência de gravidez não planejada (10),

principalmente pela não utilização de métodos contraceptivos, pois aproximadamente dois em cada três adolescentes (62%) não usaram anticoncepcionais na última vez que tiveram relações sexuais. Também apresentam aumento no risco de DSTs, pois 15% já tiveram pelo menos uma infecção sexualmente transmissível, e muitos dos que tiveram uma re-infecção apresentavam taxas mais elevadas de uso de cocaína (11).

Contudo, não devemos praticar somente uma contracepção temporária ou definitiva nessa população vulnerável. Há a necessidade de se conhecer os aspectos epidemiológicos e sociais envolvidos para uma maior integração de ações que sejam eficazes na ajuda dessas mulheres. O Projeto GRAVIUS, desenvolvido pelo Centro de Referência da Saúde da Mulher (Hospital Pérola Byington) em conjunto com o Centro de Referência para Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD) desde março de 2014, realiza a contracepção através do implante subdérmico de Etonogestrel, coleta esses dados, promove o diagnóstico e tratamento de DSTs e o diagnóstico, prevenção e tratamento do câncer de colo do útero, além de promover oportunidade para um tratamento mais adequado do vício.

Tópicos sobre o modelo de intervenção

Seleção e manejo das pacientes

As pacientes são abordadas e selecionadas de modo voluntário por enfermeiras

para a realização de contracepção através da utilização do implante subdérmico de Etonogestrel, quer as que estão internadas no CRATOD e na Unidade Recomeço Helvética, quer através de busca ativa no chamado fluxo da Cracolândia, por agentes de saúde do Projeto Recomeço (Secretarias da Saúde e Ação Social do Governo do Estado de São Paulo), supervisionados por enfermeira. Os dados coletados durante a seleção são: idade, data de nascimento, local de nascimento, cor, estado civil, profissão, moradia, registro de documentos e telefone de contato.

Posteriormente, são coletados dados epidemiológicos sobre o tipo de droga ilícita que a usuária consome e seu tempo de uso, qual(is) preferência(s), se consome ou não álcool e tabaco concomitantemente, se fez algum tratamento nesse sentido e por fim, se sofreu algum tipo de violência física ou sexual.

Após o aceite voluntário para a utilização do implante, as pacientes são encaminhadas ao Hospital Pérola Byington devidamente acompanhadas de enfermeira e/ou agente de saúde do local de origem, onde são submetidas a anamnese dos antecedentes gerais sobre doenças e infecções transmissíveis e possíveis tratamentos, assim como dos antecedentes menstruais, sexuais e obstétricos. Posteriormente são realizados exames clínicos geral e ginecológico, com coleta de material para exames de Papanicolau, secreção vaginal para Clamídia e Gonococo, sorologias para HIV, sífilis e hepatites B e C, e de beta-HCG quantitativo para afastar gravidez.

A inserção do implante é realizada após explanação sobre o mecanismo de ação, tempo de uso e possíveis efeitos colaterais, e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. Caso a paciente apresente idade entre 14 e 17 anos, será solicitado termo de consentimento do responsável e termo de assentimento da adolescente.

Caso haja necessidade de outros exames bioquímicos, assim como ultrassonográfico ou radiológico, esses serão realizados no ato da consulta. Também, são fornecidas medicações necessárias durante a consulta no hospital. Ao final das ações envolvidas, é fornecido um lanche à paciente, com retorno ao local de origem devidamente acompanhada pelos profissionais de saúde.

Novas ações desenvolvidas

Durante o transcorrer do projeto, novas ações foram adotadas, dentre elas: abordagem direta no fluxo junto às usuárias grávidas e estimulação para a participação de adolescentes.

Em relação às abordagens de usuárias grávidas, essas são orientadas e estimuladas quanto à importância da realização de consulta pré-natal, e da importância para a utilização de método contraceptivo ao término da gravidez, voltado principalmente para o uso do implante.

Quanto às ações com as adolescentes, ocorreu redução na idade para a sua inclusão no projeto, já que inicialmente eram aceitas mulheres somente com idade superior a 18 anos. Atualmente são aceitas jovens a partir dos 14 anos de idade que tenham termo de consentimento assinado por responsável, além da assinatura do termo de assentimento.

Resultados

Atualmente 214 usuárias de drogas estão utilizando o implante como método contraceptivo desde 2014, com média de

idade de 25,9 anos, e que tiveram muitas gestações, filhos vivos e abortos (cf. tabela 1, em que temos o acompanhamento de 75% dos casos, onde nenhum efeito colateral grave foi constatado).

Média de idade	Antecedentes obstétricos		
	Gestações	Filhos vivos	Abortos
25,9 anos (variação: 15 e 45 anos)	3,3	2,9	1,1

Tabela 1. Média de idade e antecedentes obstétricos.

Nos antecedentes sexuais, a média de idade da primeira relação sexual é de 14,3 anos, onde 30,6% não utilizam qualquer método contraceptivo e 33,6% trocam sexo por drogas ou dinheiro para sua compra (tabela 2).

Antecedentes sexuais
Média da idade do 1º coito: 14,3 anos (variação: 9 e 26 anos)
Não utilizam qualquer método contraceptivo: 66/214 (30,8%)
Trocam sexo por dinheiro e/ou droga: 72/214 (33,6%)

Tabela 2. Antecedentes sexuais.

Existem dados extra-oficiais da redução no número de mulheres grávidas usuárias de drogas no fluxo da Cracolândia. Não

ocorreu nenhum caso de gravidez até o presente momento.

Algumas pacientes conseguiram realizar com sucesso o tratamento contra o uso das drogas, além de continuar utilizando o implante como contracepção, conseguiram meios para a subsistência com alguma ocupação remunerada e adquiriram estabilidade conjugal.

Considerações finais

A contracepção através do implante de Etonogestrel em mulheres usuárias de drogas permite prevenir gravidez não planejada, normalmente de risco, reduzindo a morbidade e mortalidade materna e neonatal. Além disso, permite a possibilidade de tratamento da dependência da droga através da integração de ações para, quem sabe, permitir um recomeço social mais estruturado e de qualidade, e no futuro poder programar uma gestação.

Referências Bibliográficas

1. Bastos FI, Bertoni N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ; 2014. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/329786.pdf>;
2. Kopetz C, Pickover A, Magidson JF, Richards M, Iwamoto D, Lejuez CW. Gender and social rejection as risk factors for engaging in risk sexual behavior among crack/cocaine users. *Prev Sci.* 2014; 15(3): 376–384. doi:10.1007/s11121-013-0406-6;
3. Sakamoto LC, Malavasi AL, Karasin AL, Frajzinger RM, Araújo MR, Gebrim LH. Prevenção de gestações não planejadas com implante subdérmico em mulheres da Cracolândia, São Paulo. *Reprod Clim,* 2015; 30(3):102-107;
4. Oliveira TA, Bersusa 2 AAS, Santos TF, Aquino MMA, Mariani Neto C. Perinatal Outcomes in Pregnant Women Users of Illegal Drugs. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2016; 38:183–188;
5. Carvalho HB, Seibel SD. Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. *CLINICS* 2009;64(9):857-66;
6. Le HH, Connolly MP, Bahamondes L, Cecatti JG, Yu J, Hu HX. The burden of unintended pregnancies in Brazil: a social and public health system cost analysis. *Int J Womens Health,* 2014; 6:663–70;
7. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception,* 2011; 83(5): 397–404. doi:10.1016/j.contraception.2011.01.021;
8. Terplan M, Hand DJ, Hutchinson M, Salisbury-Afshar E, Heil SH. Contraceptive use and method choice among women with opioid and other substance use disorders: A systematic review. *Prev Med,* 2015; 80: 23–31. doi:10.1016/j.ypmed.2015.04.008;
9. Black KI, Day CA. Improving access to Long-Acting Contraceptive Methods and reducing unplanned pregnancy among women with substance use disorders. *Subst Abuse,* 2016; 10(Suppl 1):27-33. doi: 10.4137/SART.S34555. eCollection 2016;
10. Committee on Gynecologic Practice: Long-Acting Reversible Contraception Working Group. Increasing use of contraceptive Implants and Intrauterine Devices to reduce unintended pregnancy. *Obstet Gynecol,* 2009; 114(6): 1434-38;
11. Pagano ME, Maietti CM, Levine AD. Risk factors of repeated infectious disease incidence among substance-dependent girls and boys court-referred to treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse,* 2015; 41(3): 230–236. doi:10.3109/00952990.2014.939753.

S E Ç Ã O

3

O tratamento Ambulatorial
no contexto CAPS – CRATOD



ERA HORA!

Não sabia se queria ou não. Passou na porta diversas vezes, ameaçou entrar, nunca entrava. Via ou outros ali na frente, conversando, rindo, gritando. Pensava como seria ali dentro, pensava se alguém iria prendê-lo, melhor não entrar. Imaginava as correntes que haveriam lá dentro, pois apenas correntes muito grandes conseguiriam segurar a vontade que tinha, apenas correntes e largas doses de choque, a vontade era tanta que doía. Pensava sobre a vontade e salivava, quando salivava já lhe doía o estômago e o intestino dava voltas. Precisava correr para o banheiro, mas não tinha banheiro, fazia na rua mesmo. Estava sempre sujo, quando achava uma bica pra se lavar o fazia sem muitos pudores, se não fosse agora não era nunca. Aliás, sua vida era sempre assim, no limite! Agora ou nunca, sóbrio ou chapado, correndo ou caindo, entrava ou não entrava. Novamente passava pela porta, entrava ou não entrava. Um filme lhe corria a cabeça. Quantas vezes já quis mudar? Quantas vezes já quis sair desse inferno? Por que não dá? Quanto já havia feito, entre pedir e furtar, entre transar e fumar, entre cheirar e beber. Tudo isso pra que? A cada momento sentia mais dor, ódio de si, vergonha, sempre que não estava invisível via o rosto de repugnância no outro, via o desprezo e a insatisfação no olhar do outro. Por que lá dentro seria diferente, por que entrar? Se fosse entrar precisava de uma despedida. Um gole do corote, uma carreira, uma baforada e um pega. Recomeçava o ciclo, diversas vezes. Por vezes invertia a ordem, mas a

festa havia de continuar. Era a despedida. Tantas vezes já se despediu. Quase sempre que se perguntava se entrava ou não entrava havia uma festa de despedida. Já não conseguia nem se despedir. Era hora!

Entrou e não viu correntes. Entrou e não levou nenhum choque. Pensava quando viriam os castigos, gente como ele merecia castigo. Sentou e esperou, tinha tanta despedida na cabeça que mal pensava. Começou a salivar, precisava de um banheiro, ali tinha banheiro. Aproveitou a torneira para se lavar. Saiu pronto pra usar. Ofereceram-lhe um lanche, estava entre lanchar e uma outra despedida. Lanchou. Chegara sua vez. Chamaram-no pelo nome, não pelo apelido, não como um qualquer, chamaram seu nome completo. Conversou com o primeiro, passou pelo segundo, e ainda esperava as correntes e o choque. Ao invés deles vieram mais e mais pessoas, arrumaram-lhe uma cama, depois deram de comer, passou a tomar umas pastilhas, o sono seguro voltou, ainda assim teve algumas despedidas. Ali cuidou da tosse que o atacava, melhorou os dentes que estavam para cair, conversou, ouviu, brigou uma vez ou outra. Com o passar do tempo conheceu as pessoas ali, ficava na porta e conversava, ria e gritava às vezes. Quando via alguém passando e olhando desconfiado lembrava-se do que havia passado e pensava se já era hora!

Luiz Gustavo Vala Zoldan

C A P Í T U L O

10

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)
e os caminhos no tratamento ambulatorial
em Dependência Química no Brasil

Luiz Gustavo Vala Zoldan
Ana Lucia Karasin
Raquel Cleide Motta Carvalho
Ana Carolina Siqueira
Ana Leonor Sala Alonso

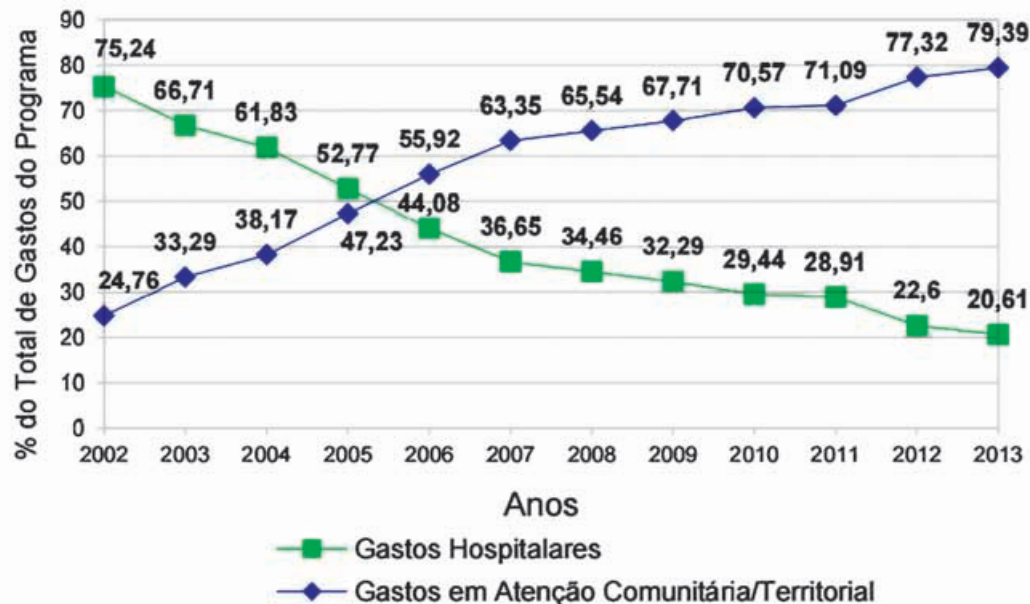
No Brasil, em 1989 foi apresentado o projeto de lei n.º 3.657 pelo deputado Paulo Delgado que propunha a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por outros recursos assistenciais, e a regulamentação da internação psiquiátrica compulsória. Após uma década de discussão é aprovada a lei n.º 10.216, de 2001 que norteia, até hoje, a política de saúde mental nacional, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (1).

A partir desta determinação, o modelo assistencial em saúde mental tomou novos rumos com o progressivo fechamento dos manicômios, sendo o tratamento redirecionado para os recursos extra-hospitalares. Além da porta de entrada do SUS, via Unidades Básicas de Saúde

(UBS), são implementados, como política federal, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), esteio maior da assistência às pessoas com transtorno mental. Neste novo modelo, surge a necessidade de organização dos CAPS de acordo com a demanda, sendo criados os CAPS infantis (CAPSi), CAPS adultos (CAPS) e os CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD), destinados exclusivamente ao tratamento de dependentes químicos. É sobre esse modelo e suas relações com os serviços de saúde para a Dependência Química que esse capítulo se dispõe a tratar.

No Gráfico 1 evidenciam-se os recursos federais investidos no período de 2002 a 2013, relacionando o incremento dos investimentos para que o novo modelo tivesse alcance e consequentemente houvesse a redução dos gastos antes investidos nos manicômios.

Gráfico 1 - Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária territorial (Brasil, Dez 2002 a Dez 2013) (2)



Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/MS), DATASUS/MS e Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS

Todo paciente identificado com um possível transtorno relacionado ao uso de substâncias químicas, ou com potencial prejuízo devido a esse consumo, deve ser encaminhado para tratamento e acompanhamento. Com frequência, eles não procuram o serviço indicado em uma primeira orientação. A busca por um atendimento especializado no tratamento do transtorno de abuso de substâncias faz parte de um processo no qual, em um primeiro momento, pode-se encontrar muita resistência por parte do paciente. Dessa forma, é fundamental que o profissional que o atendeu solicite um retorno breve, para avaliar se o paciente buscou o atendimento e, caso contrário, continuar orientando quanto à necessidade do tratamento. O tratamento do dependente químico é geralmente bastante complexo, exigindo atenção de uma equipe multidisciplinar que possa oferecer assistência clínica, psiquiátrica, psicológica, psicossocial e de atendimento familiar. Existem diversos meios para se tratar este tipo de situação, sendo a escolha definida pelo recurso disponível e pela indicação clínica (3).

Entende-se, portanto que a principal porta de entrada para o tratamento do dependente químico é o CAPS AD, no entanto, o tratamento deve começar muito antes disso. Nas Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família (ESF) o usuário já deve ser abordado quanto à existência de consumo de substâncias psicoativas (SPA) e suas consequências. O trabalho de prevenção e psicoedu-

cação deve ser realizado de maneira constante nessas unidades, assim como em um quadro de intoxicação por SPAs, o usuário deve ser prontamente encaminhado a um serviço de emergência, para avaliação.

Tanto no caso de detecção de um consumo problemáticos pela UBS/ESF, quanto no caso de atendimento ao intoxicado em serviço de emergência, o paciente deve ser prontamente encaminhado ao CAPS AD de sua região de adscrição. Além do CAPS há outras estratégias possíveis, como o compartilhamento do caso pela ESF, com os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) que possivelmente sejam compostos também por psiquiatras e psicólogos. A partir do CAPS, há outros equipamentos que podem ser utilizados, a depender do caso, como os Serviços de Residência Terapêutica (SRT) e Unidades de Acolhimento (UA), além dos serviços de proteção social, tais como Centros de Acolhida, Repúblicas, Casa de Passagem, Centros Comunitários, entre outros, para as situações de menor suporte social e familiar.

Segundo dados do Ministério da Saúde de 2015 (2), naquele ano no Brasil, havia 1069 unidades de CAPS I, 476 de CAPS II, 85 de CAPS III, 309 de CAPS AD, 69 CPAS AD III e 201 de CAPSi. Em 2015 havia 289 casas dos SRTs habilitadas pelo Ministério da Saúde, com aproximadamente 2000 moradores, assim como mais de 4000 beneficiários do Programa de Volta para Casa (PVC).

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL



A cidade de São Paulo constitui-se Região de Saúde definida por deliberação CIB 153/2007, como Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS06, conforme Deliberação CIB 36, em 21 de setembro de 2011. A deliberação CIB 64 de 20/09/2012 também versa sobre esta configuração de Regiões e RRAS. A RRAS06 acompanha a base territorial do município de São Paulo exclusivamente, tendo um Colegiado de Gestão Regional (CGR/CIR) constituído e funcionando regularmente.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, consiste numa rede de cuidados que visa as-

segurar às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, atendimento integral e humanizado.

A RAPS tem como objetivo fomentar a implementação de novo modelo de atenção em saúde mental com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde, para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

A RAPS em sua organização deve possibilitar o provimento contínuo e integral de ações de atenção à saúde mental para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção

à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria GM/MS nº3088/2011, dos parâmetros estabelecidos para o Estado de São Paulo, através da Deliberação CIB nº 87 de 3 de dezembro de 2012, a partir das seguintes diretrizes:

- I – Respeito aos direitos humanos, garantindo autonomia e liberdade das pessoas;
- II – promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III – combate a estigmas e preconceitos;
- IV – garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V – atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI – diversificação das estratégias de cuidado;
- VII – desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da autonomia;
- VIII – desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX – ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X – organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações Inter-setoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI – promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII – desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

- I – Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- I – Promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
- III – Garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

- I – Promover cuidados em saúde, especialmente nos grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- II – Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
- III – Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
- IV – Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- V – Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- VI – Desenvolver ações Inter-setoriais de prevenção e redução de danos, em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- VII – Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado, e os serviços disponíveis na rede;

VIII – Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e

IX – Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços através de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

Para o Estado de São Paulo estão pactuadas, ao todo, 17 RRAS e o Município de São Paulo (MSP), sendo que a RRAS06 está constituída na área de abrangência do Departamento Regional de Saúde-1(DRS-1), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), com população de 11.253.503 habitantes (IBGE-2010) e formada por seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) (5):

- 1 – CRS - Norte
- 2 – CRS - Sul
- 3 – CRS – Leste
- 4 – CRS - Centro
- 5 – CRS - Oeste
- 6 – CRS – Sudeste

De tal forma, distribuídos entre as Coordenadorias Regionais de Saúde, na cidade de São Paulo há 84 CAPS, sendo que destes, 26 são CAPS AD, 25 infantis e 2 infanto-juvenis, dos quais 11 tem funcionamento 24 horas, com leitos de acolhimento noturno com CAPS III (4).

Já no estado de São Paulo, para que os modelos de tratamento pudessem ser ofertados e ampliados nos serviços sócio-assistenciais, foi criado o Programa Recomeço (Decreto nº 59.164, de 09 de maio de 2013), a partir dos eixos, diretrizes e objetivos contidos no PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (PES) 2012-2015, atualizado para o quadriênio 2016-2019. O Decreto Nº 61.674, de 2 de dezembro de 2015 reorganiza o “Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack” – “Programa Recomeço”, que

passa a denominar-se Programa Estadual de Políticas sobre Drogas – “Programa Recomeço: uma vida sem drogas” (6).

O Programa teve por objetivo promover, articular e executar ações nos seguintes eixos temáticos: Prevenção, Tratamento, Reinserção Social e Recuperação, Controle e Requalificação das Cenas de Uso e Acesso à Justiça e à Cidadania.

A implementação do Programa vem por meio da conjugação de ações da sociedade civil organizada, de órgãos e entidades da Administração Pública do Estado e dos Municípios que dele decidirem participar, com a atuação coordenada das seguintes Pastas: Secretaria da Educação, Secretaria da Saúde, Secretaria de Desenvolvimento Social, Secretaria da Segurança Pública e Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania.

São utilizadas 16 (dezesesseis) estratégias diretas de atuação dentre as ações articuladas pelas Secretarias envolvidas no Programa Recomeço (SES, SEDS, SJDC, SSP e SE):

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (CAPSAD CRATOD) – ponto de partida do tratamento da dependência química. O CAPSAD atende usuários que necessitem de tratamento integral ou atendimento eventual. O CAPSAD III funciona 24 horas e possui leitos de observação/repouso por até 14 dias.

URGÊNCIA RECOMEÇO (UNIDADE CRATOD) – serviço de triagem e de avaliação clínica e psiquiátrica, destinado ao atendimento de pessoas com problemas agudos relacionados ao uso de álcool e drogas. Em caso de indicação médica, os pacientes atendidos podem ficar em observação por até 72 horas. Caso tenham outros problemas médicos, serão encaminhados para serviços referenciados no território e trazidos de volta ao CRATOD. Todos recebem

ao menos uma avaliação social e psicológica. Ao término dessa fase, os pacientes poderão ser encaminhados para tratamento em CAPSAD, enfermarias de internação breve (leitos hospitalares) ou comunidades terapêuticas.

INTERNAÇÃO BREVE (LEITOS HOSPITALARES) – são leitos de internação de curta permanência (15-30 dias), com o propósito de oferecer desintoxicação, diagnóstico e tratamento psiquiátrico e um primeiro contato com a rede de apoio social do usuário. Internações para desintoxicação devem ser encaradas como apenas uma etapa do tratamento, que perde a efetividade se o paciente não dá continuidade a esse tratamento em um CAPSAD.

DISQUE-RECOMEÇO (0800-227-2863) TODOS OS DIAS DAS 08 ÀS 18h – linha direta com a população, para tirar dúvidas sobre o Programa Recomeço e as estratégias de tratamento oferecidas, bem como apoiar e orientar o usuário e seus familiares em todas as fases do tratamento.

PÁGINA DO PROGRAMA RECOMEÇO NA INTERNET – disponibiliza conteúdos, tanto para o usuário e seus familiares, quanto para profissionais da saúde, contendo depoimentos e entrevistas, orientações sobre prevenção e tratamento, e as ações do Programa (vide site: www.programarecomeco.sp.gov.br).

RECOMEÇO FAMÍLIA – Nasceu em parceria com o Centro de Integração da Cidadania (CIC) da SJDC, com o intuito de influenciar o usuário de substâncias psicoativas a realizar o tratamento, por meio da participação e envolvimento do familiar no programa, auxiliar a família a melhorar sua qualidade de vida, independente da adesão do usuário de substância psicoativa ao programa, desenvolver habilidades de enfrentamento e resolução de problemas com os

familiares de usuários que aderiram ao programa, além de ferramentas para lidar com o usuário antes, durante ou depois do tratamento. Todas as unidades CIC possuem uma equipe do “Recomeço para Famílias”, composta por um profissional da saúde, um conselheiro em dependência química e um membro do grupo Amor Exigente. Hoje há uma ampliação para os municípios do interior a partir de uma integração entre os CRAS e CREAS.

ABORDAGEM DA RUA (TENDA RECOMEÇO) – leva ações de saúde, de assistência social e de cidadania, junto aos usuários de crack da região da Luz, denominada “Cracolândia”. Diariamente os conselheiros em dependência química vão às ruas da cracolândia para motivar esses usuários e levar os interessados para uma avaliação nos serviços de saúde e/ou de apoio social do território (CAPS).

BUSCA ATIVA/VISITA DOMICILIAR – apoiar o esforço de convencimento das famílias junto aos seus usuários. Composto por equipes multidisciplinares, para a realização de visitas domiciliares, buscas ativas e intervenções de crise no espaço de convívio do usuário.

UNIDADE RECOMEÇO HELVETIA (ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA E DE ACOLHIMENTO SOCIAL) – motivar o desejo de busca por tratamento nos usuários de álcool e drogas que vivem em comunidade, bem como apoiar a recuperação daqueles que já se encontram em tratamento. Linha de cuidados aos dependentes químicos, que conta com um centro de convivência, enfermarias de desintoxicação e moradias monitoradas.

MORADIA MONITORADA – espaço de moradias livres do consumo de álcool e drogas, com o intuito de apoiar o processo de estabilização

da abstinência dos participantes do Programa, complementando o atendimento prestado pelo (s) CAPSAD CRATOD para os dependentes que também necessitem do apoio de moradia, visando incrementar ainda mais o seu processo de reinserção social.

GRAVIDEZ E USO DE CRACK – Ação articulada com o Centro de Referência da Saúde da Mulher – Hospital Pérola Byington – atendimento integral a saúde da mulher.

ACOLHIMENTO SOCIAL EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA – para os que necessitam não apenas de uma permanência prolongada em ambientes protegidos, mas também de um tempo de convívio voluntário entre pares, dividindo metas e tarefas. O tempo de acolhimento social é de até 06 (seis) meses. Nesse período deve acontecer uma ação articulada da Comunidade com o CAPSAD, que dará continuidade ao acompanhamento e tratamento ambulatorial do acolhido, e que pode ainda incluir o suporte dos grupos de mútua-ajuda.

CENTRO DE INTEGRAÇÃO DA CIDADANIA – programa que visa proporcionar o acesso à Justiça, por intermédio de serviços públicos para a população e o incentivo à cidadania comunitária. Os serviços são prestados nas unidades do CIC, situados em regiões de alta vulnerabilidade social. As ações de cidadania fornecidas pelo CIC - tais como retirada de documentos, orientação jurídica e mediação de conflitos - ajudam a reorganizar a vida dos usuários de drogas, funcionando como um fator de motivação e de estabilidade. A relação das unidades CIC está disponível no site www.justica.sp.gov.br.

RETORNO AO EMPREGO, ESTUDO & CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL – a aquisição ou reto-

mada do trabalho é uma etapa essencial para a conquista da autonomia.

GRUPOS DE MÚTUA-AJUDA – Apesar de não fazerem parte da rede formal do Programa Recomeço, os grupos de mútua-ajuda, Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos e o Grupo de Amor Exigente oferecem apoio e orientação de qualidade e de forma gratuita. Além disso, estão presentes em boa parte das cidades paulistas. Constituem, assim, um recurso de valor inestimável que pode ser utilizado durante todo o processo de recuperação.

CASAS DE PASSAGEM – acolhida temporária, por até 30 (trinta) dias, do dependente que foi atendido ou será acolhido pelos hospitais e/ou pelas comunidades terapêuticas, para sua reinserção social.

Pensando no modelo RAPS e nas políticas municipais, estaduais e federais, especificamente no CRATOD estabeleceu-se um fluxo de triagem para determinar qual o melhor caminho de tratamento para o usuário.

Dos mais de 50 mil atendimentos realizados pela triagem do CRATOD no triênio 2014 - 2016, houve aproximadamente 9 mil internações (22% dos atendimentos iniciais), sendo que dessas internações pouco mais de 7 mil foram voluntárias (78%), quase 2 mil involuntárias (21,8%) e apenas cerca de 20 compulsórias (0,2%). Também no triênio, dos 50 mil atendimentos iniciais, em torno de 4 mil pacientes (8% dos atendimentos iniciais) foram encaminhados e acolhidos em Comunidades Terapêuticas. O restante (70% dos atendimentos iniciais) foram encaminhados para CAPS da região e 12 mil pacientes estiveram ou estão em acompanhamento no CAPS CRATOD (Fonte SAME/CRATOD).

Para a maioria dos casos, o tratamento ambulatorial é realizado em CAPS AD e o Projeto Terapêutico Singular (PTS) deve abarcar as questões biológicas, questões psicológicas e questões sociais (modelo biopsicossocial), sendo assim suficiente para o manejo a médio e a longo prazo do caso. Há diversos modelos de cuidado, sendo que os principais modelos atualmente usados são o Manejo de Contingências e a Redução de Danos, estratégias complementares e não antagônicas.

No CAPS CRATOD, no triênio 2014-2016 foram realizados mais de 5 mil grupos terapêuticos, totalizando mais de 50 mil atendimentos de pacientes; aproximadamente 27

mil atendimentos familiares em parceria com a Unidade Recomeço Família e mais de 11 mil procedimentos odontológicos para quase 4,5 mil pacientes.

A base do tratamento ambulatorial em CAPS AD são os grupos e oficinas terapêuticos, além do cuidado individual, baseado no Tratamento Comunitário Assertivo, que vem se consolidando como um bom modelo de tratamento baseado no território.

Nos próximos capítulos das Seções 3, 4 e 5 serão melhor explicitados os recursos e conceitos utilizados no CRATOD para abarcar os diversos aspectos e facetas implicados na rede de tratamento ao usuário.

Referências Bibliográficas

1. Mateus MD. Políticas de Saúde Mental – Baseado no curso de políticas públicas de Saúde Mental do CAPS Luiz R. Cerqueira, São Paulo, Instituto de Saúde, 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015 -acesso em 10/06/2017.
3. 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 / Supervisão Técnica e Científica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte – SENAD. Responsáveis Técnicos Lísia Von Diemen, Silvia Chwartzmann Halpern e Flavio Pechansky - UFRGS. – Brasília : SENAD; 2012.
4. Dados extraídos de www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=204204 – acesso em 10/06/2017.
5. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Secretaria Estadual de Saúde. Rede de Atenção Psicossocial Proposta de Adesão RAAS006 – Documento da Rede de atenção Psicossocial elaborado pelo Grupo Condutor Regional de Saúde Mental para apreciação e homologação do Colegiado de Gestão regional da RAAS 06. Extraído de <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/RAPS04112013.pdf> em 10/06/2017.
6. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Plano estadual de Saúde – PES – 2016-2019. Imprensa Oficial do estado de São Paulo. Extraído de http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/plano-estadual-de-saude-2016-2019-sessp/pessp_2017_11_01_17.pdf em 10/06/2017

CAPÍTULO

11

O modelo CAPS CRATOD

Luiz Gustavo Vala Zoldan
Ana Lucia Karasin
Raquel Cleide Mota Carvalho

“Vivemos em tempos líquidos. Nada foi feito para durar. Ser moderno passou a significar, como significa hoje em dia, ser incapaz de parar e ainda menos capaz de ficar parado. Movemo-nos e continuaremos a nos mover não tanto pelo “adiamento da satisfação”, como sugeriu Max Weber, mas por causa da impossibilidade de atingir a satisfação: o horizonte da satisfação, a linha de chegada do esforço e o momento da autocongratulação tranquila movem-se rápido demais. A consumação está sempre no futuro, e os objetivos perdem sua atração e potencial de satisfação no momento de sua realização, se não antes. Ser moderno significa estar sempre a frente de si mesmo, num estado de constante transgressão (nos termos de Nietzsche, não podemos ser Mensch sem ser, ou pelo menos lutar para ser, Übermensch); também significa ter uma identidade que só pode existir como projeto não realizado. A esse respeito não há muito que distinga nossa condição da de nossos avós.»

**Zygmunt Bauman,
em Modernidade Líquida(1)**

Bauman, em um de seus escritos acerca do “ser moderno”, traz algumas reflexões que podem servir de base para entendimentos essenciais das razões da crescente epidemia mundial de dependência de substâncias psicoativas. Bauman aborda as exigências da sociedade moderna quanto ao indivíduo, assim como as próprias exigências do indivíduo quanto a si mesmo e quanto à constante dificuldade de atingir a satisfação. Somos impulsionados pelo desejo, um querer constantemente novas formas de realizações. O prazer é uma sensação passageira e requer um estímulo contínuo. É parte disso a dependência química: a busca eterna de prazer. Deste modo, um trabalho que compreenda seus caminhos, percalços e trapaças é fundamental no manejo da dependência.

Como resultado do movimento da Reforma Psiquiátrica, a partir de 2001, com a Lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, reconhece-se pela primeira vez a pessoa com transtorno mental como cidadão, sujeito de direitos, e redireciona-se o modelo de assistência à saúde mental, priorizando os serviços comunitários. O tratamento tem como foco principal a reinserção social do paciente. Esse capítulo dedica-se à apresentação das bases e diretrizes que norteiam o modelo de assistência do Centro de Atenção Psicossocial do CRATOD (CAPS CRATOD).

Não há uma fórmula mágica quando se trata de dependência química. Diversas intervenções psicossociais podem ser integradas ao Plano de Tratamento, porém, nenhuma abordagem psicossocial é eficaz isoladamente (2). Ao pensar no tratamento da Dependência Química há diversas intervenções e diversos modelos que podem ser descritos. Nenhum deles possui alta eficácia quando aplicado pela primeira vez de maneira aleatória. No entanto, em um tratamento planejado e centrado nas características do usuário, cada intervenção e modelo pode ter sua devida aplicabilidade.

Há alguns elementos considerados fundamentais para a boa prática do tratamento da dependência química (*Scottish Government*)(2): as demandas dos pacientes devem ser avaliadas considerando quatro eixos: 1, consumo de substâncias psicoativas; 2, saúde física e mental; 3, funcionamento social e; 4, envolvimento criminal. Deve-se avaliar a situação de risco dos filhos de pais dependentes químicos que procuram ajuda. Todo paciente necessita de um plano de tratamento estruturado e constantemente revisado. O tratamento da dependência envolve uma série de intervenções, e não apenas prescrição de medicamentos e internação. Um profissional responsável – entre todos os envolvidos – deve gerenciar os cuidados e o planejamento das ações. O teste de drogas pode

ser uma ferramenta útil para avaliar qualitativamente a adesão e o prognóstico do tratamento.

Ao longo do acompanhamento, diversas intervenções podem ser lançadas em prol do cuidado do usuário, incluindo aquelas voltadas para a abstinência, no entanto, as ações que levem à melhoria da qualidade de vida do usuário, assim como a do seu funcionamento social devem ser sempre priorizadas. A construção de uma relação entre a equipe e o usuário terá repercussões diretas na qualidade e eficiência do tratamento.

Observe-se o trajeto do paciente João, que acaba de chegar à unidade de tratamento do CRATOD.

Hoje, João visitou o CRATOD pela primeira vez. Ouviu falar sobre o serviço quando estava no “fluxo” (cena aberta de uso), cansado da humilhação, do frio, da angústia pela falta da substância, João aceitou ir ao CRATOD. Foi rapidamente avaliado por um enfermeiro que não detectou qualquer critério de internação. Foi encaminhado ao Acolhimento Social. Novamente João é avaliado, dessa vez de maneira mais pormenorizada, tem sua história ouvida e validada por um profissional do CAPS disposto a ouvi-lo. É convidado a conhecer o CAPS. João nunca havia participado de um tratamento em que não fosse internado. Receoso, João aceita participar de algumas atividades.

Esse primeiro contato vivenciado por João é deveras importante no tratamento. O acolhimento é uma ferramenta de qualificação da escuta, além de garantir, nos serviços de saúde, a reorganização dos processos de trabalho e o acesso com responsabilização e resolutividade (Aline Scheibelb). É a primeira oportunidade que João tem de ser ouvido, orientado, aconselhado e principalmente notado por alguém, especificamente, um profissional disposto a ajudá-lo. No CRATOD, este trabalho inicia-se na porta, quando o paciente é recebido por um dos

técnicos do CAPS, e continua, não apenas no momento chamado Acolhimento, mas também na triagem pela equipe de Enfermagem e segue na Ambiência, espaço de convívio dirigido também por um técnico da equipe.

João sobe ao posto de Enfermagem do CAPS, onde fica sabendo em quais grupos pode entrar, qual será sua equipe de referência, quem são os profissionais que irão cuidar de sua estada ali, descobre que amanhã é o dia de seu Pré-Projeto.

No CAPS CRATOD, no primeiro dia, o usuário é inserido em uma equipe e orientado quanto às atividades da primeira fase de tratamento. No primeiro grupo, chamado de Pré-Projeto, as primeiras seis semanas de tratamento são formatadas em um modelo padrão que contempla diversas atividades julgadas como cruciais: grupos de motivação, habilidades iniciais de enfrentamento, prevenção de recaída, estratégias para o final de semana, entre outras. No Pré-projeto, grupo que ocorre semanalmente, são acolhidas as histórias e primeiras demandas dos usuários, são agendadas as consultas psiquiátricas, clínicas, de enfermagem, até de infectologia e odontologia em casos de maior urgência, assim como são feitos encaminhamentos quanto às demandas psicossociais mais urgentes, quando necessário. Devido à alta rotatividade de usuários no serviço, associada também às flutuações características da população de rua atendida pelo órgão de saúde, foi criada a estratégia do Pré-Projeto. Ela visa estimular aderência, abstinência e reconhecimento do paciente nesse primeiro momento, para melhor poder planejar o tratamento do sujeito-alvo das intervenções. As atividades propostas nesse primeiro período são de fácil assimilação e não exigem tão alta concentração e disposição, já que muitas vezes, no início do tratamento, os sintomas tanto de fissura, quanto de abstinência podem prejudicar bastante a capacidade cognitiva e as funções executivas de modo geral.

Após algumas semanas de tratamento, João já frequentou diversos grupos, passou por consulta psiquiátrica e com clínico geral, tem consulta marcada na odontologia, passou por avaliação psicossocial, tem exames marcados, participa de atividade física, conversou com vários profissionais da equipe e se aproximou bastante de uma das profissionais: Carla. Carla o convida para uma conversa mais detalhada e chama João para participar do Projeto. João ainda não consegue se manter abstinente, mas já passa períodos maiores em que não faz uso de substâncias psicoativas, tem desejo de parar, pensa em estratégias para interromper o uso, assim como busca meios de sair do albergue e ter um espaço próprio.

Após as primeiras semanas de tratamento a equipe já conhece melhor João. Entende suas necessidades e suas demandas. Carla e João se identificaram, portanto, Carla se oferece para ser a Profissional de Referência (PR) de João. Carla é a figura de interlocução de João com a equipe e também de João com outros espaços, sejam eles espaços de saúde ou mesmo de assistência social, trabalho ou estudos. O PR é aquele que melhor conhece a história do paciente, que tem empatia, que entende as necessidades do paciente e junto dele estabelece as prioridades do tratamento e faz as novas pactuações quanto ao cuidado. A partir de então, o paciente é convidado ao Projeto. Nesse momento, novas atividades serão ofertadas, atividades que se aproximem mais da real necessidade do paciente; a abstinência aproxima-se mais do real, assim como a necessidade de reinserção social e o aprimoramento do funcionamento social tornam-se naturalmente necessários. Estabelece-se então o Projeto Terapêutico Singular (PTS), quando há um alinhamento das ofertas do serviço com as necessidades do usuário. Nesse momento já há, com o passar das semanas, perspectiva de retomada de estudos, emprego, ou outras atividades que o paciente julgue importantes e necessárias,

como retomada de vínculos com a família, mobilidade na cidade, interesses culturais, esportes, entre outras.

Após alguns meses frequentando o serviço, após lapsos e recaídas, João encontra-se bem, estável, tem pouca fissura e não apresenta mais sintomas de abstinência. Após mudanças constantes no seu PTS, após alguns períodos de desintoxicação, sente-se bem. O ex-usuário participa em atendimentos pontuais e algumas atividades que julga importantes, tais como o Grupo de Prevenção de Recaída. João sente-se seguro, mas tem medo de se afastar do CAPS e “as coisas desandarem”. Carla discute mais uma vez o PTS em equipe, que sugere que ele seja encaminhado para o Projeto Avançado. Para João, é a preparação para não precisar mais do CAPS.

Em meses de tratamento, João passou por diversas intervenções. Grupos psicoterápicos, grupos de treinamento de habilidades, motivação, atendimentos individuais, períodos de acolhimento para desintoxicação, pode até ter passado por programas de moradias, como Casa de Passagem e Moradia Monitorada, pode ter sido medicado ou não, pode ter sido submetido a terapia individual ou não. O importante é que intervenções combinadas, em diferentes momentos do tratamento de João, foram necessários e culminaram na boa resposta atual, que deve ser consolidada para que João se sinta seguro para continuar sua jornada sem o auxílio do CAPS.

“Por muito tempo, o navio de João ficava ancorado apenas ao CAPS, agora, João pode lançar mão de novos locais de ancoragem para que seu navio siga estável, mesmo frente a uma tempestade”.

O percurso de João pelo CAPS resume bem a linha geral de tratamento no CAPS CRATOD. Quando o paciente chega é prontamen-

te acolhido e logo inicia as atividades da Fase 1 (Pré-Projeto). Nessa primeira fase, devido às peculiaridades da região e à alta demanda, fornece-se um modelo “pré moldado” de acordo com o que se observa de demandas iniciais para a maioria dos usuários. Nesse momento se oferece o tratamento psiquiátrico, o tratamento clínico, a avaliação psicossocial, grupos de acolhimento, psicoterapia, treinamento de habilidades comportamentais, entre outras intervenções. Com a adesão ao tratamento (tarefa do paciente) e o aprofundamento do conhecimento do indivíduo pela equipe e PR (tarefa da equipe) desenvolve-se um Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o paciente segue para a Fase 2 (Projeto). No Projeto, o paciente é direcionado a atividades que contemplem melhor seu perfil, sejam elas atividades ocupacionais, esporte, treinamento cognitivo, re-habilitação física, desenvolvimento de cidadania, atividades culturais, ou mesmo intervenções ainda estruturadas de manejo comportamental, ou escuta de característica analítica. Segue o tratamento de manutenção psiquiátrico, seguem os ajustes clínicos, são manejados lapsos ou recaídas, identificados gatilhos, e toda a gama de fatores influentes na progressão da doença e do tratamento. Com a abstinência e reconquista da autonomia do usuário, após meses de estabilidade, o paciente pode seguir para a Fase 3 do tratamento (Projetos Avançados). Nessa última fase, o trabalho é principalmente voltado para o estímulo da independência do indivíduo. Há apenas atendimentos pontuais, poucas atividades e o convívio no ambiente do CAPS não é

mais indicado. Trabalha-se justamente a articulação com outros espaços saudáveis de convívio para aquele indivíduo. Trata-se da preparação para a Alta.

Assim sendo, é possível entender que os pacientes de Fase 1 encontram-se num modelo Intensivo ou até Semi-intensivo de tratamento, a depender da gravidade e da necessidade de um ambiente mais protegido. Os pacientes de Fase 2 encontram-se num modelo Semi-intensivo ou Não intensivo de tratamento, a depender do avanço no tratamento, grau de autonomia e abstinência. Por fim, os pacientes de Fase 3 são todos tratados de maneira Não intensiva, preparando-se para a Alta. Note-se que os pacientes em Fase 3 podem voltar à Fase 2 ou Fase 1 caso apresentem recaídas graves ou caso abandonem o serviço por um tempo prolongado e depois retornem.

Destaca-se um ponto importante. O tratamento aqui exposto não é nada além de um guia utilizado pelo CAPS CRATOD. Por mais que se tente tornar a Saúde Mental algo mais objetivo, esta nunca deixará de ser subjetiva, dada sua natureza fenomenológica absolutamente mutável, logo, a depender do quadro inicial apresentado, há várias possibilidades de seguir com tratamento, com outras técnicas não expostas. Observe-se no restante da “Seção 3” deste livro, a descrição das diversas atividades propostas e os diferentes fundamentos usados para compor tão ampla gama de atividades ofertadas, na busca de uma solução para uma proposta de cuidado para um problema tão complexo.

Referências Bibliográficas

1. Bauman Z. Modernidade Líquida. Tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
2. Ribeiro M, Laranjeira R. O Tratamento do Usuário de Crack. 2ª edição Porto Alegre. Editora Artmed, 2012.

C A P Í T U L O

12

Elaborando o Projeto Terapêutico Singular
– A individualização do tratamento
e suas perspectivas

Samantha Monica de S. Mezzacappa
Sureia Soares Rodrigues

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”

(Carl Gustav Jung)

Introdução

Com o advento da Reforma Psiquiátrica, a formação do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) se fez necessária para substituir os hospitais psiquiátricos, sendo assim um novo modelo assistencial com a missão de superar os paradigmas manicomiais, oferecendo novas formas de convivência mais solidárias e criando redes de relações que se superem, além dos locais das instituições (3).

Na prática da inserção no tratamento ambulatorial, a porta de entrada para o tratamento ambulatorial far-se-á na prática do acolhimento, realizado, diversas vezes, quando o atendido vem ao serviço de forma voluntária em busca de auxílio no tratamento do seu uso de substâncias.

O SUS tem como diretriz a promoção do acolhimento inicial do sujeito e tem como objetivo uma resposta adequada para a demanda trazida, garantindo os seus direitos com uma postura acolhedora por parte dos profissionais. Posteriormente ao acolhimento é necessário que o profissional faça a interlocução com os outros profissionais da equipe, a fim de tomar as primeiras decisões quanto às próximas condutas a serem tomadas. E para isto, o percurso terapêutico deverá ter a participação mútua entre atendimento e integrantes da equipe (3).

Ocorre no acolhimento a coleta de dados da história de vida pregressa do atendido, sua relação com a substância, o nível de vínculos com a família e comunidade e sendo assim, esses dados auxiliam na compreensão mais

abrangente do atendido e suas futuras necessidades (5). Além disso, as práticas de acolhimento nos serviços de saúde auxiliam no olhar menos depreciativo e estigmatizante por parte da sociedade para com os atendidos. E diante disso, supera a cisão físico – psicológica e a responsabilização das perdas familiares (4).

Depois de delineadas as primeiras condutas realizadas no acolhimento, faz-se necessário referenciar o atendimento a uma equipe específica e assim ser traçado um Projeto Terapêutico Singular.

A palavra **Projeto** é derivada do latim: *pro* que significa “para frente, adiante”. Já *iacere* significa “jogar, atirar” e juntando as duas palavras se dá o termo *pro-ieto* que denota “atirar para frente”, uma ação futura. O termo “terapêutico” deriva da palavra “terapia”, que, em grego significa curar, sarar e que derivou da palavra *therapon* (cuidador que acompanha, no presente). Portanto, o termo completo “Projeto Terapêutico” é um plano de ação, considerando as peculiaridades do atendido com o objetivo principal do cuidado no presente, preconizando ações voltadas ao futuro, de modo coordenado (1).

Kinoshita sugere que antes de delinear o PTS é de suma importância superar os **esquemas** conceituais e estabelecer relações de **contratualidade**. Os **esquemas conceituais** são os conjuntos de ideias e informações que norteiam as ações institucionais e somente podem ser superados através das ações e vivências no cuidado com o usuário do serviço. A prática institucional voltada à promoção de saúde e bem estar do sujeito pode auxiliar na desmitificação de esquemas conceituais operativos de manicômios, para outras adequações mais saudáveis. Referir o paciente como “perigoso”, que precisa ser “curado sob custódia” e que, por fim, precisa estar em uma “normalidade” previamente determinada em dada sociedade, é utilizar estes esquemas conceitu-

ais voltados para a prática manicomial. No que diz respeito à contratualidade proporcionada aos atendidos, esta ação significa proporcionar uma relação horizontal, já que *a priori* a relação é tomada de poder por parte do profissional em relação ao atendido. O mesmo, quando procura o serviço, demonstrará ser *paciente* diante de todas as sugestões oferecidas pelo profissional e, assim sendo, destituído de opiniões sobre a própria condução de vida e se colocando como aquele “que nada sabe”, sendo que o profissional “é quem detém todo saber”. Além disso, no início do tratamento, a contratualidade é centrada em baixas exigências, para que assim seja possível o cumprimento de metas passíveis de serem cumpridas e, por consequência, aumentando a autoconfiança, a motivação do atendido no tratamento, noções de pertencimento (da sua vida e da construção do seu projeto).

Para que seja possível a concretização da contratualidade, é essencial que ocorra vínculo entre atendido e os profissionais da rede de saúde.

Conforme Campos (2), a reordenação da equipe de saúde para equipes de referência com profissionais multiprofissionais proporciona vínculo terapêutico entre os próprios profissionais e usuários. Portanto, considerando as ações multiprofissionais, este vínculo será permeado por uma atenção mais singularizada e personalizada, já que cada mini-equipe nas suas variadas especialidades, contribuirá para ter uma visão multifatorial no atendido, mantendo o vínculo e a aproximação deste com o tratamento e com a equipe de referência.

O mesmo autor pressupõe que o profissional de referência tem a corresponsabilidade na ação do tratamento com o atendido, assim como a própria mini equipe. Este profissional é integrante dessa equipe e servirá além de fiscalizador do tratamento, como delineador

do Projeto Terapêutico Singular e diagnóstico situacional, mas também articulará a aproximação entre o cliente, família, comunidade e profissionais da mini equipe de referência, pressupondo assim a implicação de práticas individuais – auxiliando para um projeto singular – e coletivas. E por sua vez, o profissional de referência auxiliará na articulação de rede para que este usuário do serviço possa ser amparado nas necessidades e pertencimentos dos diversos espaços que frequenta. Partir-se-á das particularidades do atendido, estendendo-se para o fortalecimentos de vínculos mais saudáveis.

Além disso, a prática do profissional de referência auxiliará a pessoa com sofrimento mental a encontrar outras possibilidades e cuidará daquilo que se processa no campo da intersubjetividade e, por este motivo, será essencial a articulação, no tratamento, dos outros espaços que o atendido frequenta, como, por exemplo, as redes sócio-assistenciais e outras redes de saúde e comunidades (3).

As práticas de saúde nas instituições de saúde, além do atendimento com o profissional de referência, também têm ações voltadas nos grupos terapêuticos e temáticos. Conforme Campos, é pelos grupos que são promovidos o protagonismo e as mudanças das ações humanas (2).

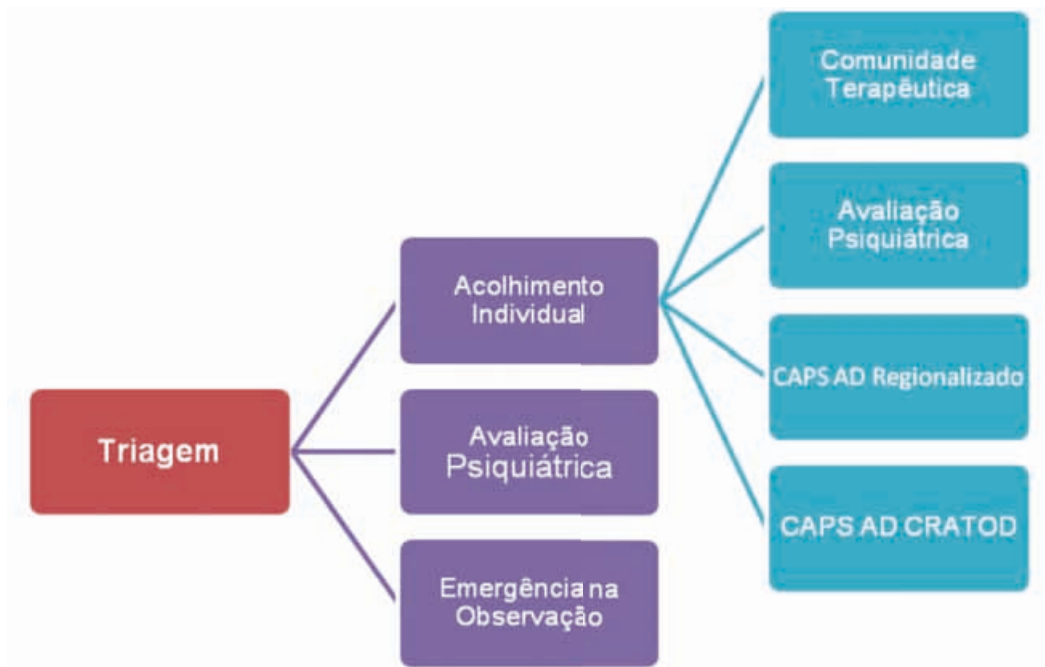
Prática do Projeto Terapêutico Singular no Centro de Referência de Tabaco, Álcool e Outras Drogas.

O Acolhimento Inicial

O usuário chega ao CRATOD (Centro de Referência de Tabaco, Álcool e Outras Drogas) espontaneamente, (sozinho ou acom-

panhado por familiares), é encaminhado por agentes de saúde do Programa Recomeço ou do Serviço de Abordagem Especial (SEAS) (ambos fazem abordagens nas ruas próximas da unidade). Na porta de entrada, diariamente, os pacientes novos, egressos de internações, ou outros que já passaram por condutas no próprio CRATOD, são atendidos pela triagem composta também por um enfermeiro. Esta equipe fica responsável pela verificação dos sinais, avaliação da gravidade do caso e, dependendo dos dados coletados, o paciente

poderá ser encaminhado para a avaliação psiquiátrica, sala da observação (emergências) ou para o acolhimento individual com os profissionais (psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais). Nesta etapa um técnico faz uma entrevista breve visando escutar as principais demandas do usuário e assim encaminhá-lo para tratamento ambulatorial (CAPS AD CRATOD, ou outro CAPS mais próximo do atendido), Comunidade Terapêutica ou Avaliação Psiquiátrica. Segue o modelo esquemático abaixo:



O Projeto Terapêutico Singular Inicial

Quando o paciente é encaminhado, voluntariamente, para o CAPS AD CRATOD é realizada uma triagem específica para confecção do cartão de atendimento com agendamento do Pré Projeto, principal grupo da “Fase 1” do cuidado. Após frequentar, durante seis semanas, o paciente segue para a segunda etapa do tratamento que tem como principal grupo o Projeto, parte da “Fase 2”. Após verificar

que o paciente contemplou o fortalecimento dos vínculos, a adesão ao tratamento e a consequente abstinência da substância utilizada, ele seguirá para a Fase 3 de tratamento, não intensiva, e objetivando a reinserção social.

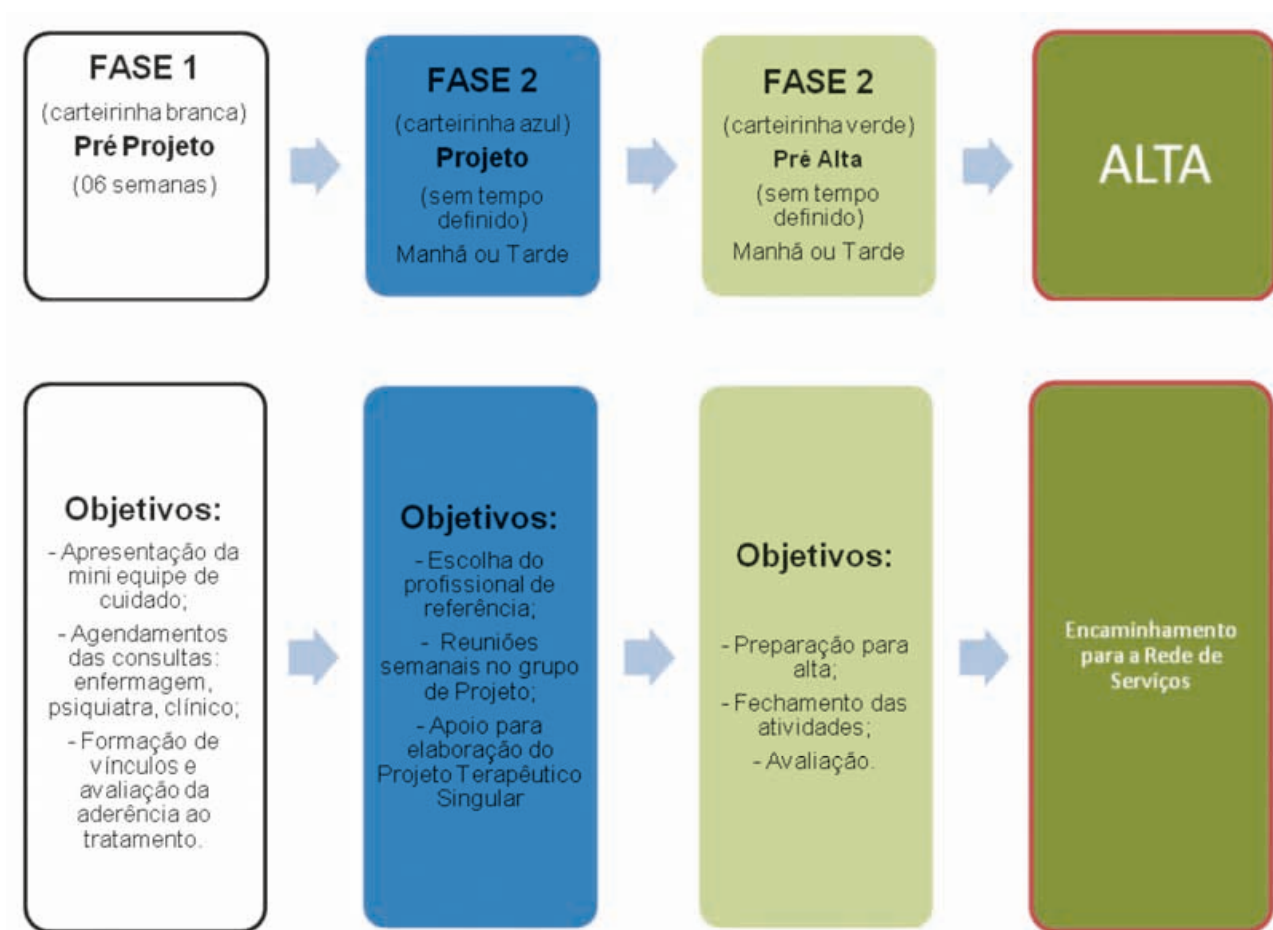
Outra etapa importante, quando o paciente é inserido no tratamento no CAPS AD CRATOD, é a confecção de uma carteirinha de cor branca e a decisão, junto com o paciente sobre em qual período de atividades (manhã, tarde

ou noite) será melhor participar. A carteirinha de cor vermelha poderá ser oferecida quando for avaliado que é necessário que o paciente tenha maior respaldo de atividades, assim como apresente demanda de um espaço seguro por mais tempo. Quando o paciente passa para a Fase 2 do tratamento é oferecido o cartão azul e por fim, quando segue para a Fase 3, recebe um cartão verde. As cores dos cartões servem para

demarcar em que fase do tratamento se encontra e assim delinear propostas em seu PTS

Este acolhimento é essencial para o início do seu Projeto Terapêutico Singular e vai além do momento de chegada, sendo necessário em todas as etapas do tratamento, aderência e manutenção em momentos de lapsos e recaídas.

Observe-se abaixo as fases do tratamento e seus principais objetivos.



Atualmente a grade de atividades grupais do paciente que se encontra na Fase 1 de tratamento é diferente da dos pacientes da Fase 2. Enquanto na primeira etapa do tratamento são centradas atividades concernentes aos estágios motivacionais, a segunda etapa concentrará propostas que auxiliam na manu-

tenção e motivação no processo de abstinência e redução de danos.

Quando inserido em uma mini equipe específica será iniciado o PTS. O projeto terapêutico singular respeita as características do território, as contribuições técnicas dos integrantes de sua equipe multidisciplinar, as iniciativas locais

de familiares e usuários e as articulações interse- toriais que potencializam suas ações.

Considera-se o cuidado intra, inter e trans-subjetivo, articulando recursos de natu- reza clínica, incluindo medicamentos, mora- dia, trabalho, lazer, jurídico, de previdência e outros, através de intervenções oportunas em programas de reabilitação psicossocial

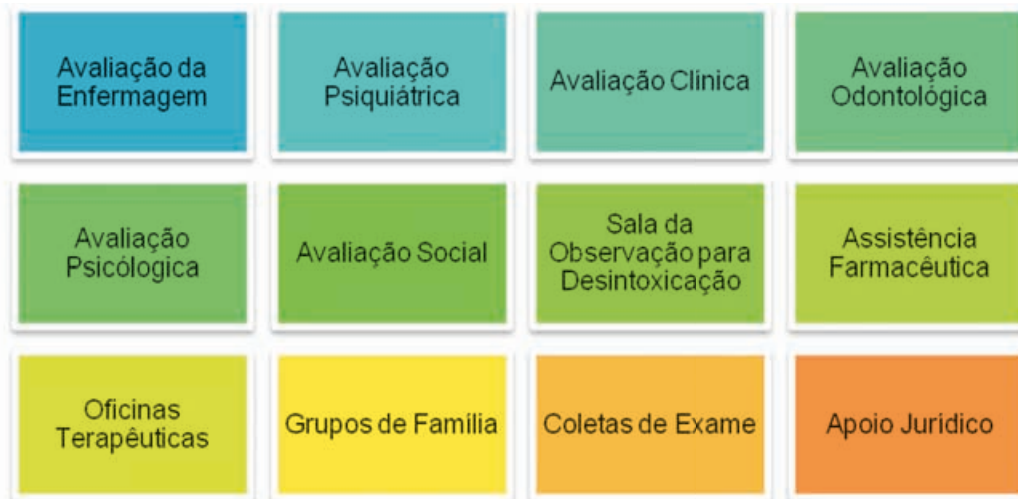
As equipes se dispõem a atuar em con- junto e atribuir sentidos coletivos às ações co- tidianas. Fazer questionamentos, comunica- ções, retificações e significações para exercer a recuperação, prevenção e promoção da saúde.

As discussões ocorrem em reuniões se- manais com a equipe multiprofissional, possibi- litando a discussão de casos e encaminhamentos.

Considerando a complexidade do fe- nômeno da dependência química, que afeta a vida do indivíduo em vários aspectos, o trata- mento é basicamente voluntário, dividido em quatro etapas, visando a reabilitação física, so- cial, o resgate da autonomia, auto-estima, com ampliação de repertório, antes reduzido pelo uso de drogas.

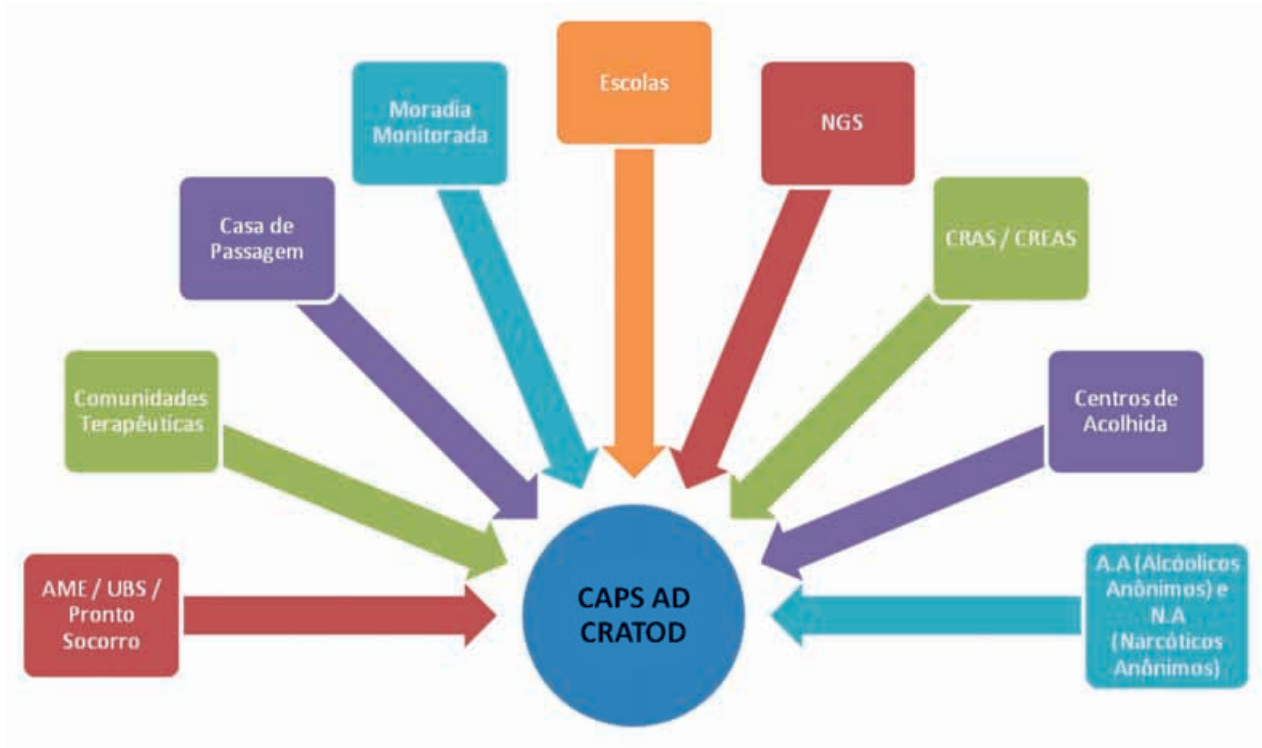
O PTS é construído juntamente com o usuário por uma equipe multidisciplinar: mé- dico clínico e psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e educador físico.

No CRATOD contamos com os se- guintes serviços disponíveis para a construção do PTS do usuário, acompanhamento e moni- toramento, como demonstra a figura a seguir:



Entendendo o território e as impor- tantes questões de vulnerabilidade às quais estão submetidos os usuários da região cen- tral de São Paulo, deve fazer parte da estra-

tégia da equipe, na elaboração do PTS, a in- clusão e articulação com outros serviços da região, como é possível observar na ilustra- ção que segue.



Para a articulação desses serviços é possível lançar mão da estratégia do matriciamento. As principais ações que podem ser incluídas no apoio matricial são:

- responsabilidade compartilhada;
- construção de uma agenda (fluxo) integrada com o atendimento conjunto, discussão de casos, supervisão, criação de estratégias comuns para abordar as questões de dependência química, elaboração de um projeto terapêutico durante o tratamento e pós alta do CRATOD;
- formação continuada;

- fomento das ações intersetoriais com a finalidade de conhecer os recursos formais e informais do território e utilizá-los a favor do PTS do usuário.

Definição do Projeto Terapêutico Singular

As estratégias de cuidados, organizadas por meio de ações articuladas, desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definidas a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido.

A figura seguinte demonstra as principais diretrizes e os norteadores do PTS



Técnico de Referência

No processo de estabelecimento do PTS procura-se instituir o(s) técnico(s) de referência para o usuário e familiares. Um ou mais profissionais do serviço se aproxima de maneira diferenciada do usuário e o acompanha desde o acolhimento até a alta do tratamento.

O técnico de referência e o PTS são elementos produtores de engajamento, implicação, comprometimentos, participação entre atores sociais envolvidos no cuidado. São atribuições do Profissional de Referência:

- Acolhimento do usuário em todos os momentos do tratamento;
- Articulação do tratamento com o paciente, identificando necessidades, possibilidades e limites, estimulando o vínculo e a aderência
- Responsabilização pela atualização de prontuários;
- Contato com os familiares;

- Organização do fechamento das atividades;
- Contato com a rede de serviços do território;
- Avaliação e encaminhamento para outros tratamentos ou outros suportes sociais;
- Alta;
- Visitas domiciliares com a mini equipe quando necessário;
- Participação de reuniões com a equipe para discussão de casos;

As condições para a realização do PTS são:

- reuniões periódicas das equipes (miniequipes e reuniões gerais);
- prontuários compartilhados;
- abertura de espaços para discussões entre usuários, equipe, e outros serviços envolvidos no cuidado (por exemplo, assembleias com funcionários e gestores, usuários);
- agendamentos individuais;

- supervisão institucional: espaço fundamental no acompanhamento dos serviços com possibilidade de avaliar a inserção de cada profissional no PTS e a dinâmica de todos os grupos de trabalho.

O PTS é avaliado periodicamente, sendo que a evolução, bem como a alta, dar-se-á mediante avaliação da equipe e do próprio usuário, sendo considerados alguns critérios relevantes tais como: melhoria das relações sociais, redução de níveis de uso da (s) substância (s) utilizada (s) ou abstinência, avaliação do grupo psicodinâmico (observação da diminuição dos sintomas físicos e psíquicos).

Considerações Finais

A construção do Projeto Terapêutico Singular é um desafio para toda a equipe en-

volvida no cuidado, que requer mudanças de paradigmas pré-estabelecidos. O que significa a importância de olharmos o sujeito como capaz de superar obstáculos e de tomar decisões pela sua vida, pois é muito comum destituí-lo desse empoderamento nas práticas sociais e de saúde. A partir do momento que abordamos uma construção horizontal do Projeto Terapêutico Singular com o paciente, auxiliando na sua autonomia e respeitando o “seu caminhar” no tratamento, tanto o paciente quanto a equipe conseguem observar resultados satisfatórios. Trata-se de um trabalho constante de avaliação que ultrapassa a simples tarefa burocrática. Enfatiza-se não só a abstinência da droga, mas um engajamento e desenvolvimento para a vida do usuário, no cotidiano. Além disso, precisa-se de constante produção de conhecimento e compartilhamento dos saberes, dentro de um contexto ético, político e social.

Referências Bibliográficas

1. Kinoshita RT. Projeto Terapêutico Singular. *In*: BÜCHELE, Fátima; DIMENSTEIN [O, Magda Diniz Bezerra. Recursos e estratégias do cuidado. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Atualização Em Álcool e Outras Drogas, da Coerção À Coesão: Florianópolis UFSC, 2014.cap. 1, p. 11-37.
2. Campos, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2): 393-403, 1999.
3. CREPOP Referências Técnicas para Atuação de Psicóloga(os) no CAPS-Centro de Atenção Psicossocial. julho/1ª edição. ed. Brasília: [s.n.], 2013. 112 p.
4. Zini RL; Oliveira, Andréia Elisa Garcia. A Prática do Acolhimento Sob a Perspectiva da Psicologia Humanista em um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPSAD). *In*: Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde [= Blucher Medical Proceedings, num.2, vol.1]. São Paulo: Editora Blucher,
5. Alves VS. Modelo de atenção à saúde de usuários e outras drogas no contexto de atenção psicossocial (caps ad). 2009. 365 f. Programa Pós Graduação em Saúde Coletiva(Ciências Sociais em Saúde)- Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

CAPÍTULO

13

O Gerenciamento de Casos
em Dependência Química

Ana Carolina Siqueira de Moraes
Fabiana Camilo

O Gerenciamento de Caso (GC) surgiu na década de 70, nos Estados Unidos, após o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a reinserção dessa população de doentes na sociedade. É um método que proporciona uma maior efetividade da continuidade do tratamento em transtornos mentais graves e que busca desenvolver a autonomia de cuidado e a relação entre seus pares, através de um conjunto de intervenções de avaliação, distribuição, coordenação e monitoramentos dos casos.

O consumo de substâncias psicoativas (SPA) e a Dependência Química são um problema mundial; estima-se que em 2010 cerca de 230 milhões de pessoas, 5% da população mundial adulta, fizeram uso de drogas ilícitas pelo menos uma vez na vida. A dependência química é uma doença crônica e recidivante que pode causar prejuízos biológicos, sociais, laborais, fragilidade dos laços familiar e vulnerabilidade psicossocial, a ponto de levar o indivíduo a situações de risco. A perda dos vínculos e a diminuição das habilidades nos campos da vida aumentam o estado de dependência. Sendo assim, é necessário adotar um novo estilo de vida para atingir uma reabilitação psicossocial e o sucesso no tratamento.

O primeiro relato do modelo de GC aplicado em dependência de substâncias psicoativas foi realizado nos anos 90, ocorrendo principalmente na transição da internação para o tratamento ambulatorial.

Sabendo que a DQ afeta inúmeras áreas do funcionamento do indivíduo e em diversos graus de intensidade, faz-se necessário implantar ações que proporcionem uma melhora na adesão ao tratamento e estratégias para lidar com a cronicidade da doença passível de crises, recaídas e fases de recuperação.

Sendo assim, o GC na dependência química busca potencializar o acesso do usuário ao tratamento e aos serviços da rede, a fim de atin-

gir níveis de atenção adequados, utilização de recursos apropriados, redução da fragmentação do cuidado, melhora da qualidade da assistência prestada e redução de custos.

No CRATOD, optou-se pela implantação do Gerenciamento de Casos no Sítio Funcional CAPS. O CAPS CRATOD atende dependentes químicos que residem ou estão em situação de rua na região Central de São Paulo. As ações são dirigidas de acordo com o projeto terapêutico individual de cada usuário e a expectativa da melhora da qualidade de vida, melhora da autonomia, restabelecimento de vínculos, reinserção social e evitação das internações psiquiátricas.

A literatura aponta que não há uma padronização rígida do papel do gerente de caso. Desse modo, as instituições que implementam esse modelo devem designar o papel do gerente de acordo com sua política, necessidades e objetivos.

Para uma boa atuação do profissional da saúde como Gerente de Caso é necessário que esse tenha um papel de liderança na coordenação dos cuidados ao paciente, junto com a equipe assistencial e nos ambientes de tratamento envolvidos. Esse profissional terá um papel de organização do cuidado e será um facilitador de acesso entre a equipe de saúde, paciente e familiares. O profissional enfermeiro é constantemente escolhido para atuar como Gerente de Caso, pois apresenta habilidades importantes para desenvolver esse papel.

Historicamente, a enfermagem psiquiátrica passou por diversas mudanças de papéis. De um papel mais conservador e rígido, de vigiar e limitar, para um papel de organizador do cuidado, embasado em teorias. Hoje, nos deparamos com uma enfermagem que busca conciliar o melhor dos papéis desenvolvidos anteriormente, aprendendo com as limitações do passado e realizando, enfim, o papel de agente terapêutico. Essa enfermagem trabalha com o

cuidado planejado, individualizado, baseado na ciência e não apenas na experiência e busca a excelência na organização da assistência e dos serviços. É esse papel que torna o enfermeiro psiquiátrico apto a atuar como gerente.

Exercer o papel de gerente de caso é uma atividade nova para o enfermeiro brasileiro, com poucos relatos de caso publicados e algumas experiências isoladas, o enfermeiro como Gerente de Caso no CAPS CRATOD tem sido algo novo e um aprendizado contínuo para toda a equipe.

Todos os pacientes admitidos no CAPS CRATOD são inseridos em uma equipe e acompanhados pelo profissional enfermeiro Gerente de Caso, sendo que esse acompanhamento varia de acordo com o quadro clínico, psíquico e social.

Nesse contexto, é função do gerente de caso:

- 1 – Ser um profissional chave no cuidado do paciente;
- 2 – Ser referência e elo entre o paciente, familiar e a equipe do serviço;
- 3 – Ser um organizador do cuidado e identificador da rede de cuidados do usuário;
- 4 – Acompanhar todo o trajeto do paciente na instituição, desde a admissão até a alta;
- 5 – Desenvolver o Processo de Enfermagem de acordo com a Resolução nº 272/2002 do COFEN;
- 6 – Elaborar, implementar e acompanhar o projeto terapêutico individual, junto à equipe multiprofissional;
- 7 – Participar e organizar as reuniões e discussões clínicas junto a sua equipe;
- 8 – Organizar a planilha de GC de sua equipe, condensando as informações mais

importantes de cada caso, dados socio-demográficos e casos de admissão e altas da equipe;

- 9 – Socializar, com a equipe, qualquer intercorrência e alteração do quadro do paciente;
- 10 – Desenvolver atividade de psicoeducação com os pacientes;
- 11 – Participar de reuniões junto à Diretoria do Serviço para apresentação dos dados de GC e a discussão de Casos críticos. Gerenciamento de Casos com a apresentação e discussão;
- 12 – Acompanhar os casos que estiverem em hospitalidade noturna ou internação em outras instituições.

O Gerenciamento de Casos foi implantado no CAPS CRATOD no primeiro semestre de 2016, a partir da apresentação para toda a equipe do serviço sobre os princípios e propostas do GC. O modelo inicial de planilha e coleta de dados passou por diversas alterações desde sua implantação. Outro grande desafio encontrado foi a dificuldade de rastreamento dos pacientes faltosos, tendo em vista que grande parte dos pacientes não possui endereço fixo e telefones para realização de buscas-ativas.

A experiência do GC no CAPS CRATOD exigiu um amadurecimento das enfermeiras GC para lidar com esse novo modelo assistencial que exige uma prática mais autônoma e de responsabilização pelo cuidado longitudinal. Esse novo modelo proporcionou um cuidado mais coordenado e efetivo aos usuários do serviço.

Referências Bibliográficas

1. Silveira AS, Siqueira AC, Oliveira FM, Nishio EA, Nobrega MPSS. Gerenciamento de caso em ambulatório de psiquiatria, competências e prática da enfermeira. *Enfermagem em Foco*. 2013;4(1): 27- 32.
2. Reinaldo AMS, Luís MAV. Gerenciamento de casos como estratégia de trabalho para enfermagem psiquiátrica. *Rev Mineira de Enfermagem*. 2005.
3. Melo APS, Guimarães MDC. Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(2):113-18.
4. Edlund MJ, Wang PS, Berglund PA, Katz SJ, Lin E, Kessler RC. Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry*. 2002;159:845-85.
5. Casarin S, Villa TCS, Cardozo-Gonzales RI, Caliri MHL, Freitas MC. Gerenciamento de caso: análise de conceito. *Invest Educ Enferm*. 2003;21(1):26-36.
6. Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Withdrawn: case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database System Rev* [internet]. 2011;(4):CD000050. Disponível em: <http://www.update-software.com/BCP/WileyPDF/EN/CD000050.pdf>.

C A P Í T U L O

14

O uso da técnica psicoterápica individual
no contexto de saúde pública
e dependência química

Camila M. F. Vega
Fernanda R. Ayub
Lennon Leonardo P. Silva
Marizilda F. Pugliesi
Samantha Mônica de S. Mezzacappa
Simone Ribeiro Antunes

Introdução

A psicoterapia individual é um dos instrumentos de tratamento da Psicologia Clínica com ênfase no enfrentamento das dificuldades nos diversos âmbitos que compõem a existência do indivíduo. É uma análise individual visando transformações relacionadas a emoções, conflitos internos, traumas, pensamentos, crenças e comportamentos. Segundo Ana Bock (2), no enfrentamento do sofrimento, o indivíduo pode necessitar da psicoterapia para facilitar o entendimento dos conteúdos internos que lhe causam conflitos e assim experimentar uma reorganização pessoal.

A Psicologia Clínica e seus métodos não estão restritos ao consultório particular. O sofrimento psicológico é comum a todos, independente da etnia, idade, gênero ou classe social. Hoje ela é referência também no contexto da saúde pública. As práticas psicoterápicas são ofertadas nos serviços públicos, incluindo a área da saúde mental, o que amplia as oportunidades de tratamento.

O aumento da oferta de serviços na área de saúde mental significa reconhecer a importância do sofrimento psicológico como óbice para o bem-estar da população e o direito que ela tem de poder contar com o que há de melhor no campo das terapêuticas para enfrentá-lo. Mais ainda: possibilita que muitas situações conflituosas ou mal-estares psíquicos, que de outro modo seriam vividos como fatalidade ou remetidos a causas e soluções equivocadas (místico-religiosas, político-ideológicas etc.), sejam enfim reconhecidos por profissionais habilitados e tratados de modo mais adequado, quer através de técnicas psicoterápicas, quer através do uso de instrumentos como medicamentos específicos e bem administrados (1).

A temática da Psicologia e seus instrumentos de tratamento no âmbito da dependência química estão em constante evolução. No Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras drogas (CRATOD), além das atividades coletivas, o indivíduo em tratamento também pode ser beneficiado pela psicoterapia individual.

Psicoterapia Breve

No CRATOD, independente da vertente teórica que é utilizada, o psicólogo utiliza os princípios da Psicoterapia Breve como norteadora do processo de Psicoterapia Individual. Atualmente muito utilizada no contexto da saúde ambulatorial, a Psicoterapia Breve se configura com objetivos e tempo limitados, para que as demandas mais imediatas do indivíduo sejam contempladas. Dessa forma, o foco aparece como elemento essencial, nesse processo. Segundo Fiorini (3), em psicoterapia breve o terapeuta deve manter um foco que surge da interpretação central que embasa todo o tratamento. Ainda segundo o autor, o terapeuta deve exercer um papel ativo na psicoterapia.

Crítérios de Encaminhamento

No decorrer do tratamento, a equipe de cada paciente, bem como seus profissionais de referência, procuram perceber aqueles indivíduos que necessitam de um espaço mais individualizado para tratar questões existenciais em seus diversos âmbitos. Isso, porque existem demandas que o indivíduo não está preparado para tratar no espaço coletivo e precisa de uma escuta e intervenção individual.

O acompanhamento em psicoterapia individual, que compõe o Projeto Terapêuti-

co Singular do paciente, poderá ser solicitado pelo próprio paciente ou por recomendação da equipe. Em ambas as situações, o encaminhamento é feito pelo profissional de referência, após discussão do caso na equipe, considerando os seguintes critérios:

- Quando existe, por parte do paciente, uma necessidade de introspecção e reflexão;
- O paciente deve apresentar as funções egóicas preservadas: memória, percepção, atenção e simbolização, que são necessárias para o processo de elaboração e insight.
- Quando há questões mais pontuais e o paciente encontra dificuldades de expressá-las em grupo;
- Nos casos em que, após avaliação diagnóstica da personalidade, não há indicação para psicoterapia em grupo (comorbidades importantes que dificultam o trabalho em grupo).
- Quando o paciente está em crise e deseja o restabelecimento do equilíbrio.

O acompanhamento tem como objetivos:

- Favorecer o processo de subjetivação;
- Desenvolver uma compreensão por parte do sujeito acerca da própria dinâmica psíquica e sua relação com a dependência química;
- Promover um espaço de resgate, elaboração e ressignificação da própria história;
- Ajudar o paciente, através das intervenções, no processo de (re)construção de sua identidade;
- Valorizar os recursos e as potencialidades dos sujeitos;
- Trabalhar questões relacionadas à dependência institucional e auxiliá-los nessa passagem;
- Aumentar o repertório social do paciente.

As principais abordagens em Psicoterapia Individual no contexto da Dependência Química

A Psicoterapia Individual pode ser baseada em diversas abordagens teóricas, isso porque a complexidade do humano possibilita que a ciência psicológica trabalhe com diversas vertentes. Segundo Ana Bock (2), a Psicologia colabora para a compreensão da vida humana em sua totalidade, mesmo que a abordagem da subjetividade dependa da concepção de homem das várias escolas psicológicas.

No CRATOD há psicólogos que trabalham com abordagens distintas, mas todas com o objetivo de compreender aspectos do sofrimento do indivíduo, promover melhorias, sempre tendo em vista o tratamento como um todo. Dentre elas estão a psicodinâmica, analítica, sistêmica e cognitivo-comportamental.

Psicoterapia Breve de Orientação Psicodinâmica

A psicoterapia breve de orientação psicodinâmica segue as mesmas diretrizes da psicoterapia psicanalítica, porém tem como configuração adicional o estabelecimento prévio de um limite de tempo e a presença de um foco, relacionado à angústia que motivou o encaminhamento do paciente ou seu pedido de ajuda.

Psicanálise, como psicoterapia, será entendida como um espaço vivencial não aleatório, experienciado dentro de um enquadre com sessões regulares, como um empreendimento que busca a reflexão (elaboração) sobre si mesmo e sobre a relação com o analista, por meio da reescrita (ressignificação) da biografia do analisando (o sujeito transforma sua história e dela se apropria), da elucidação de

suas características de personalidade (ligadas aos tipos de personalidade), da investigação do campo transferencial, da interpretação da transferência / contratransferência, dos lapsos, das repetições, dos sonhos, do discurso do paciente, a partir de suas associações livres (4).

Desta forma, a psicoterapia breve de orientação psicanalítica se configura como um espaço onde o sujeito é escutado e respeitado em seu desejo. Dentro deste dispositivo, permanece a regra fundamental da associação livre, porém o terapeuta intervém de forma mais diretiva, elucidando os aspectos da fala relacionados à angústia que constitui o foco. Neste sentido, respeita-se a regra da abstinência (o preceito de o analista se recusar a satisfazer os pedidos do paciente e a preencher efetivamente os papéis que este tende a lhe impor) e da neutralidade do terapeuta (o analista deve ser neutro quanto aos seus valores morais, sociais, religiosos, etc.) e ter a relação transferencial como fator indispensável para o processo.

No contexto da dependência química, a psicoterapia breve de orientação psicanalítica objetiva acessar os conflitos inconscientes que produzem o sintoma subjacente à dinâmica de relação com a droga, com o objetivo de identificá-los, elaborá-los e ressignificá-los, com vistas a uma melhora da condição do paciente, que produzirá diminuição do sofrimento e maior qualidade de vida. O trabalho é feito a partir da compreensão de que a dependência química também se constitui, além de outros fatores, como produto de um conflito psíquico que encontrou expressão simbólica por meio dos sintomas.

A Psicoterapia Analítica ou Junguiana

A Psicoterapia Analítica, também chamada de Psicologia Junguiana, ou Psicologia

Analítica, foi iniciada pelo psiquiatra suíço Carl Gustav Jung (1875-1961), que estudou profundamente a teoria de Freud, identificou-se com grande parte de seus fundamentos, porém, sua visão diferiu em muitos conceitos e formas de pensar a psique e, conseqüentemente, desenvolveu seus próprios conceitos.

Jung estudou amplamente diversos temas como religiosidade, mitologia, alquimia, entre outros que nortearam seu entendimento sobre a psique. O conceito central da psicologia analítica é a individuação, ou seja, um processo central do desenvolvimento humano a partir da necessidade constante de integração de opostos.

E neste processo, é a relação paciente/terapeuta o que “cura”. A “cura” é vista simbolicamente como processo de transformação, isto é, processo terapêutico enquanto individuação. “Isto significa que o paciente se torna aquilo que de fato é” (5).

A psicoterapia junguiana é uma linha de atendimento transformativa e trabalha com diversos conceitos específicos. No decorrer das sessões utiliza não só a dialética como também sonhos, materiais e recursos imagéticos. Para Jung, ser terapeuta é acompanhar. Não é estar à frente nem atrás, mas sim junto, em um processo que é do outro, ou seja, o terapeuta atua enquanto instrumento de desenvolvimento do outro.

Trabalha com o indivíduo em todos os âmbitos, principalmente emocional, social, familiar, sexual, profissional, espiritual, entre outros, compreendendo de forma profunda cada uma dessas instâncias e seu processo de adoecimento.

No processo psicoterápico com o dependente químico, a psicoterapia de base analítica auxilia o paciente a depreender o papel da droga e seu significado de forma muito mais ampla e profunda que meramente ser uma questão comportamental, levando-o a ampliar essa compreensão integrando os aspectos necessários, considerando que seu processo de adoecimento ocorreu antes do início do consumo de drogas.

Psicoterapia Sistêmica

Antes de pontuar os pressupostos da abordagem sistêmica, cabe salientar que todas as escolas de psicologia deveriam, a priori, ter um olhar sistêmico no indivíduo. Seja qual for a leitura teórica que o profissional utiliza para o entendimento da relação saúde e doença, pressupõe-se que tratar a doença é considerar os multifatores psicossociais e sistêmicos, como a família, comunidade e a sociedade.

O foco na terapia na abordagem sistêmica, é buscar mudanças no modo de funcionamento disfuncional do sistema familiar, trabalhando com as relações e promovendo mudanças nos padrões comportamentais, exaltando as qualidades ao invés dos defeitos dessa relação e assim, promovendo também a mudança do comportamento do dependente (6).

Há três abordagens psicológicas que podem ser usadas no tratamento na codependência: psicanalítica, comportamental e sistêmica. A abordagem sistêmica se concentrará, sobretudo, nas relações de codependência dos familiares com os atendidos.

O modelo sistêmico é similar ao modelo psicanalítico no que diz respeito ao uso de mecanismos de defesa de negação, projeção e racionalização, utilizados pelos membros da família com o objetivo de conseguir lidar melhor com o problema. Entretanto, na abordagem sistêmica, a principal questão é considerar que a dependência química do membro da família é uma representação circunstancial de uma disfunção familiar, que por sua vez, realizado um estudo aprofundado através de um genograma e coleta da história familiar, pode evidenciar a existência de conflitos passados por gerações.

Há a necessidade de um sistema homeostático, no qual o sintoma da família e a dependência se equilibrem de tal forma, que a drogadição camufla os conflitos familiares

o que significa, em outras palavras, que a dependência se torna foco principal, e por consequência, a estrutura familiar se modifica, assumindo papéis disfuncionais (6). No discurso familiar surge a penosidade em forma de sofrimento, desânimo, pena, incômodo e sensação de impotência e muitas vezes os familiares projetam essa penosidade no profissional, e este, se não estiver atento a este movimento, pode sentir o mesmo pelo paciente. Temos que estar atentos as projeções da família e não perder de vista o cuidado duplo, tanto para os membros familiares quanto para os pacientes (7).

Terapia Cognitivo-Comportamental

Já é sabido que a premissa básica de sustentação da TCC consiste na afirmativa de que todo e qualquer comportamento advém do nosso processo cognitivo, composto por um sistema de crenças (nucleares, intermediárias e automáticas), construído ao longo de nossas vidas (8). Nesse sentido, para que ocorra a mudança de um comportamento gerador de problema/angústia, é necessário atuar diretamente nesse sistema de crenças, visando tornar eficientes os pensamentos disfuncionais do indivíduo.

A proposta terapêutica individual nas TCCs não se distancia muito da seguida nas terapias em grupo. São, da mesma forma, sessões estruturadas/semiestruturadas, diretas e com o objetivo maior de reordenar a tríade: pensamento, emoção e comportamento.

No cenário da dependência química, a TCC se mostra efetiva ao propor tarefas e utilizar técnicas que permitam ao usuário identificar as situações-estímulo (gatilhos), sejam elas internas ou externas, que impulsionam suas buscas pelas drogas (9). Reconhecer situações

de risco, bem como as que os protegem do uso, permite aos usuários alcançarem um domínio maior sobre seus comportamentos, na medida em que são identificadas, nesse processo, as crenças ativadas e os pensamentos automáticos que emergem nessa busca. Sendo assim, um dos grandes objetivos das intervenções consiste em possibilitar que o indivíduo se aproprie, cada vez mais, do seu processo mental, sendo para isso necessário trabalhar seus sistemas de crenças, identificando, avaliando e modificando os pensamentos automáticos e as crenças permissivas que dificultam o alcance da meta maior a abstenção do uso de drogas.

Considerações finais

No contexto do CRATOD, é possível constatar que a psicoterapia breve tem efeitos positivos no tratamento do indivíduo, justa-

mente por trabalhar com o foco do problema que não necessariamente é a droga, pois existem questões significativas, na constituição do indivíduo, anteriores à droga.

É possível concordar, portanto, com a visão de Hegenberg, de que os objetivos de uma Psicoterapia Breve não devem estar atrelados prioritariamente aos resultados, *“mas devem ser orientados à elaboração do foco, à compreensão da angústia subjacente à demanda e ao estabelecimento de uma comunicação significativa entre terapeuta e paciente”* (4).

O acompanhamento em psicoterapia realizado no CRATOD tem trazido diversos benefícios aos pacientes: melhora dos sintomas, maior autonomia, desenvolvimento de maior tolerância à frustração, fortalecimento egóico, mais espontaneidade e autenticidade na vida, autoconhecimento, maior capacidade produtiva e adaptativa e, num sentido geral, diminuição do sofrimento psíquico.

Referências Bibliográficas

1. Bezerra Jr. B. (1987). Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em Saúde Mental. Em S. A. Tundis e N. R. Costa (Orgs.) Cidadania e Loucura. Petrópolis: Vozes/Abrasco.
2. Bock AMB. et al. Psicologias: Uma Introdução ao Estudo da Psicologia.
3. Fiorini HJ. (2004). Teoria e Técnicas de Psicoterapias. São Paulo: Martins Fontes.
4. Hegenberg M. Psicoterapia Breve. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.
5. Jung CGA. Prática da Psicoterapia. 9.ed Petrópolis: Vozes, 2004.
6. Paladini TAS. Codependência – Conceito, Etiologia, Sintomas e Abordagens Terapêuticas. Monografia apresentada à Unidade Pesquisas em Álcool e Drogas (UNIAD) – Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo: São Paulo, 2008.
7. Payá R, Figlie N. Abordagem familiar em dependência Química. In: Aconselhamento em Dependência Química. São Paulo, Roca LTDA, 2004.
8. Rangé B. & colaboradores. (2011). Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. Artmed- 2.ed- Porto Alegre.
9. Zanelatto NA, Laranjeira R. (2013). O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais. Artmed

C A P Í T U L O

15

O cuidado em grupo – Técnicas cognitivo-
comportamentais na prevenção de recaídas

Priscila Previato
Ana Lúcia Karasin

A Terapia Cognitiva surge a partir de uma pesquisa de Aaron Beck para verificar pressupostos psicanalíticos acerca da depressão, chegando à conclusão de que certos “padrões cognitivos” influenciariam a maneira negativa do paciente julgar a si mesmo, assim como aspectos do seu ambiente que estariam mais ativados durante os períodos de crises de depressão (1).

Neste sentido, ela parte do princípio de que a forma como o indivíduo interpreta seu ambiente influencia a maneira como se sente e se comporta. Uma mesma situação pode produzir reações distintas, dependendo da pessoa e dependendo do período da vida. O sujeito em sofrimento psicológico teria sua capacidade de percepção alterada e/ou pre-

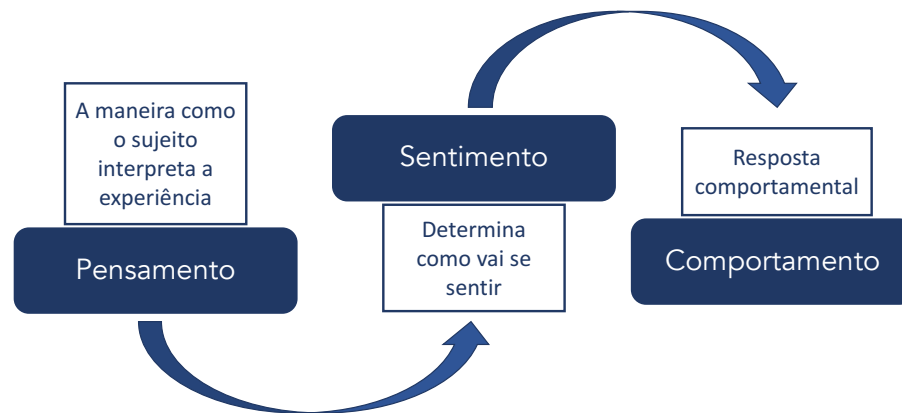
judicada pela maneira com que interpreta os fatos (Beck, 1998).

Essa terapia utiliza o conceito da estrutura “biopsicossocial” na determinação e compreensão dos fenômenos relativos à psicologia humana, além de ser uma das primeiras a reconhecer a influência do pensamento sobre o afeto, o comportamento, a biologia e o ambiente.

A terapia cognitivo-comportamental(-TCC) se baseia em três princípios fundamentais:

- A atividade cognitiva influencia o comportamento;
- A atividade cognitiva é passível de ser monitorada e alterada ao longo do tempo;
- O comportamento pode ser diretamente influenciado pela modificação do pensamento/cognição (6).

Figura 1. Modelo Cognitivo Comportamental



No contexto da dependência química, a terapia cognitivo-comportamental agrega conceitos já existentes dos modelos para o entendimento da depressão e de outros transtornos, enfatizando o papel das crenças no desenvolvimento, na manutenção e no tratamento do abuso de substâncias. Desta maneira, procura explicar o uso de substâncias em indivíduos, independentemente do estágio de tratamento ou

da gravidade da dependência. O conceito central é de que o uso da substância (inicial ou recaída) em certa situação, envolve um processo de tomada de decisão ativo, sobre o qual o indivíduo exerce uma forma de controle, aspecto a ser desenvolvido durante o tratamento (4).

A Prevenção de Recaída vem sendo considerada uma técnica promissora dentro do tratamento de dependentes químicos, sen-

do uma abordagem baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental, elaborada por Alan Marlatt na década de 1980, a qual pode ser definida como um programa de auto-gestão que busca estimular mudanças comportamentais visando a manutenção da abstinência. Neste modelo, os comportamentos de uso de substâncias são hábitos adquiridos, passíveis de serem modificados. Parte do pressuposto que esses comportamentos são disfuncionais e que o dependente não desenvolveu ou não aprendeu comportamentos mais adaptativos, ou seja, o uso de substâncias tornou-se uma maneira mal adaptativa de lidar com os problemas ou determinadas questões.

O principal objetivo da Prevenção de Recaída é mudar um hábito autodestrutivo, no caso do uso de substâncias, e manter essa mudança, por meio de comportamentos mais eficientes e da identificação de pensamentos disfuncionais.

Marlatt descreveu dois níveis principais de intervenção, as intervenções específicas e as intervenções globais. Dentro das intervenções específicas estão fatores relacionados com a identificação de situações de risco para o uso de drogas, fatores de proteção, estratégias para lidar de maneira mais eficiente com essas situações, além de alterar as crenças associadas com determinados comportamentos. Já as intervenções globais visam o desenvolvimento de comportamentos diferentes e mais saudáveis que sejam reforçadores e possam substituir aqueles associados ao uso de substâncias (5).

Como o objetivo principal é manter a mudança, o tratamento pretende promover o aumento da consciência do sujeito frente a seu problema, desenvolvendo melhores estratégias de enfrentamento, maior confiança, autocontrole e autoeficácia. Além disso, a técnica visa a prevenção de ocorrências de lapsos e a recaída total.

O terapeuta que utiliza a Prevenção de Recaída auxilia o paciente a se responsabilizar pelos seus atos para que ele possa se autogerenciar. Para isso, o paciente precisa percorrer três etapas primordiais:

1. A conscientização do problema, ou seja, a pessoa precisa reconhecer que o comportamento associado ao consumo de substâncias representa um problema que afeta várias esferas de sua vida. Para isso, pode-se utilizar atividades que motivem o paciente a examinar esses prejuízos, como por exemplo, a Balança Decisional, onde o terapeuta ajuda o sujeito a analisar as vantagens e as desvantagens do uso de drogas.
2. O treinamento de habilidades, o qual tem como objetivo instrumentalizar o paciente a lidar com as situações de risco, episódios de fissura e identificação de gatilhos relacionados ao uso.
3. Mudança e manutenção dos hábitos de vida, fase em que o sujeito deve organizar sua vida em relação aos aspectos sócio ocupacionais. Neste momento o sujeito deve aprender a substituir os comportamentos disfuncionais por atitudes e hábitos mais adaptativos e saudáveis.

A capacidade de utilizar estratégias de enfrentamento mais eficientes para lidar com a fissura e outras situações que funcionam primordialmente como gatilhos para o uso é o preditor mais importante para se evitar uma possível recaída. Para isso é utilizado o Treinamento de Habilidades, também baseado na TCC. As principais dificuldades de habilidade se dão nas seguintes situações: lidar com sentimentos negativos; assertividade; fazer críticas; receber críticas; comunicação

eficaz; dizer não; lidar com frustrações; adiar prazeres; lidar com a fissura; realizar um planejamento de metas (2).

O desenvolvimento e treinamento de habilidades sociais torna-se útil para minimizar fatores de risco e, principalmente, incrementar fatores de proteção frente ao consumo de drogas. Entre as técnicas mais empregadas estão: ensaio comportamental, modelação, modelagem, feedback verbal, tarefas de casa, reestruturação cognitiva, solução de problemas e relaxamento, podendo ser realizado de forma individual ou em grupo (3).

No contexto do CAPS AD CRATOD, o grupo de Prevenção de Recaída foi organizado para os pacientes de segunda fase, estáveis, com um mínimo de 60 dias de abstinên-

cia, sem comorbidades psiquiátricas graves como Esquizofrenia e Transtorno Afetivo Bipolar. O grupo é formado primordialmente por homens, os quais já haviam percorrido a fase inicial de diagnóstico, bem como participado das atividades de primeira fase, as quais procuram trabalhar o processo de motivação e as habilidades necessárias para o processo inicial de abstinência.

Para tanto, os encontros no CRATOD são semanais, em reuniões de aproximadamente uma hora de duração, com um máximo de 12 integrantes. São realizados por duas psicólogas e uma estagiária de psicologia. De maneira geral observa-se ganhos substanciais na qualidade de vida dos participantes e em sua capacidade de manutenção da abstinência.

Referências Bibliográficas

1. Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS. (1993). *Cognitivetherapyofsubstance abuse*. New York: Guilford.
2. Caballo VE. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos.
3. Del Prette ZAP, Del Prette A. (1996). Habilidades sociais: uma área em desenvolvimento. *Psicologia Reflexão & Crítica*, 9, 233-255.
4. Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. (2004). *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Rocca.
5. Marlatt GA, Gordon JR. (1993). *Prevenção da recaída: estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
6. Rangé B. (2001). *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais – Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.

C A P Í T U L O

16

O cuidado em grupo – Técnicas cognitivo-
comportamentais no treinamento
de Habilidade Inicial de Enfrentamento

Ivan Cezar Silva
Jéssica Fernandes

O presente capítulo destina-se a explorar a capacidade de utilização da teoria cognitivo-comportamental e suas técnicas no trabalho de desenvolvimento de habilidades para enfrentamentos iniciais na temática da dependência química. Para tanto, segue uma análise do público atendido pelo CAPS AD CRATOD, assim como o embasamento técnico e científico para o desenvolvimento de metodologia do grupo.

Público atendido

A definição de pessoa em situação de rua é complexa. A multiplicidade de situações pessoais, a diversidade de soluções dadas à subsistência, à heterogeneidade geopolítica constituem fatores que dificultam a formulação de conceitos livres de ambiguidades.

Grosso modo, percebe-se que a grande maioria do público atendido pelo CAPS AD CRATOD é constituída por pessoas que não têm moradia, pernoitam em centros de acolhida (albergues), pensões, logradouros da cidade, prédios invadidos, terrenos baldios e em muitos casos, fazem de morada o próprio local de compra e consumo de drogas ilícitas.

Determinado fragmento do público atendido vive em situação de rua, devido aos transtornos mentais oriundos da dependência química, em parte porque os transtornos mentais e comportamentais, estruturados independentemente da dependência, elevam a vulnerabilidade para o desenvolvimento da drogadição. Em diversas ocasiões os sinais e sintomas comórbidos são camuflados pela própria sintomatologia da dependência química, elevando ainda mais a complexidade dos casos atendidos.

Apesar das diferentes causas possíveis para a rua ser adotada como lar, seus mora-

dores/público atendido partilham inúmeras características semelhantes:

- São, na grande maioria, apartados de propriedade privada, família, mercado de consumo e mercado de trabalho formal.
- Têm trajetória de vida sequenciada a fatos e fracassos pessoais, conflitos familiares, desamparo estatal; sofreram ou sofrem violência familiar-social e tem baixa instrução escolar.
- Possuem estados e processos psicológicos fragilizados e (ou) adoecidos¹.
- Tem ética nômade, espírito errante e personalidade dissoluta da sua própria identidade².

A identidade pessoal constitui processo dialético entre a esfera individual e coletiva definindo-se como produto das relações sociais que formam características únicas a cada indivíduo, ou ainda, ela é construída através da representação de papéis sociais que, em sua junção, determinam seu perfil. Assim, quando o sujeito se encontra em situação de rua e passa pela quebra dos vínculos familiares, falta de

1 Investigações recentes apontam que 70% dos pacientes atendidos pelo CAPS AD Cratod têm indicação de ansiedade e pontuam score relevante na Escala Hads. A mesma pesquisa indica que 63% dos pacientes atendidos pelo CAPS AD Cratod tem indicação para depressão. *Dados fornecidos por pesquisa realizada em 2016, pelo próprio autor, como exigência do curso de Especialização em Dependência Química Unifesp.*

2 Não por acaso, existem ocorrências inúmeras de perda dos documentos pessoais como RG, CPF, Carteira de trabalho etc., entre a população atendida pelo CAPS AD Cratod. Esse fato, muito mais que simples descuido, pode representar um lapso, um ato falho que revela, inconscientemente, a ruína da identidade: perde-se o RG porque a identidade já está perdida.

emprego-ocupação, ausência de moradia fixa, fica destituído da sua identidade social e, portanto, perde a sua identidade pessoal, resultando na acentuada fragilidade do ego³.

Observa-se que a pessoa em situação de rua atendida pelo CAPS AD CRATOD tem sua esfera subjetiva esfacelada pela decepção consigo mesma, mais que baixa autoestima; os pacientes atendidos vivem o falso conceito de sociedade meritocrática, aceitando que todo o indivíduo tem as mesmas chances durante a vida e inconscientemente aceitam o discurso neoliberal, que atribui culpa individual para problemas coletivos, políticos e circunstanciais.

A Teoria Cognitivo-Comportamental é uma abordagem psicológica baseada na visão biopsicossocial do indivíduo. Utiliza terapêutica estruturada, semiestruturada, diretiva e prazo estipulado de sessões. Enfatiza a reordenação de pensamentos, emoções e comportamentos disfuncionais, decorrentes da disformidade perceptiva.

A Teoria Cognitivo-Comportamental pressupõe que experiências ocorridas no decorrer da infância, as quais contribuíram para a formação de esquemas, crenças nucleares e condicionais, por exemplo, edificam regras de conduta cognitiva. Essas crenças nucleares, por sua vez, constituem as interpretações “rígidas” que o indivíduo possui a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo.

Crenças condicionais dizem respeito às crenças desenvolvidas do tipo “se-então”, como por exemplo: “tenho de ser perfeito para

ser aceito”; “se eu não agradar aos outros, eles me rejeitarão”.

As crenças centrais possuem caminhos cognitivos rígidos, gerais e transituacionais, estando presentes nas temáticas de desvalor e desamor, como por exemplo, “sou um fracasso” ou “sou incapaz de ser amado”. Crenças intermediárias: “tudo tem que dar certo para mim”, “eu não posso ser frustrado”, “as pessoas dificultam as coisas para mim”, “os outros são os culpados”. Outras crenças podem estar presentes, como as que têm relação com a pouca possibilidade de visão do futuro e baixa tolerância à monotonia como: “Moro na rua, fico por aí e já conheci vários estados do Brasil. Toda vez que visito minha família encontro eles do mesmo jeito, vivendo a mesma vida, nunca mudam o ciclo”.

As crenças antecipatórias estão presentes no início do uso e são caracterizadas quando o usuário nega o consumo em grande quantidade, admitindo ter consumido apenas o suficiente para se sentir bem e fugir de situações desagradáveis. Também podem surgir crenças permissivas como: “trabalhei a semana inteira e sexta-feira eu mereço uma cervejinha, não sou de ferro”.

As crenças permissivas dizem respeito às situações idiossincráticas denominadas “situações gatilho”. Essas situações anteriormente ao uso, não se apresentavam condicionadas, entretanto, no decorrer do tempo de uso da substância passam a ter um significado. Surgem quando as situações antecipatórias evoluem para a ação repetitiva do consumo, obedecendo ao ciclo:

Uso da substância → prazer → uso da substância → antecipação do desprazer da abstinência → uso da substância → disforia → antecipação do desprazer da abstinência → uso da substância.

A terapia cognitivo-comportamental utiliza técnicas que identificam e comprovam a realidade, visando corrigir conceitos distorci-

3 Conceito psicanalítico clássico. O ego é considerado o “defensor da personalidade”. Ele é responsável por impedir que os conteúdos inconscientes passem para o campo da consciência, ou seja, ele é a coluna vertebral da noção de realidade.

dos assimilados pelo indivíduo. Nesse processo de aprendizado o próprio indivíduo desenvolve habilidades de manejo de suas dificuldades para avaliar a realidade, aprende a identificar pensamentos automáticos e treina a monitoração das cognições disfuncionais. Ao final do processo, promove a reestruturação cognitiva visando distanciar-se de erros cognitivos.

No treino de habilidades para enfrentamento o indivíduo constrói respostas adequadas, antes da ocorrência da ocasião, aumentando a capacidade de obter uma ética que leve à redução da possibilidade de recaída. Na ausência do treino, a capacidade de mudança na conduta do comportamento de uso fica à mercê dos pensamentos automáticos baseados nas crenças centrais e intermediárias, pois a ligação com pensamentos distorcidos sobre os efeitos da droga é pareada em sincronismo.

Na TCC, o paciente aprende a ser seu próprio terapeuta. Para isso recebe orientação a respeito dos monitoramentos dos pensamentos automáticos negativos, utilizando anotações dos pensamentos e situações de risco. A conexão entre pensamento, afeto, comportamento, até a realização da reestruturação cognitiva, a resolução de problemas e a identificação de crenças distorcidas também é repassada. Na TCC toda intervenção individual ou grupal prevê uma ação de psicoeducação.

Grupo Psicoterapêutico: Habilidades para Enfrentamentos Iniciais

O Grupo Psicoterapêutico Habilidades para Enfrentamentos Iniciais foi inserido na grade de atividades do CAPS AD - CRATOD em março de 2015, com o objetivo de proporcionar intervenções psicoterapêuticas, à luz do referencial da Teoria Cognitivo-Comportamental, que promovessem preparo básico em habilidades cognitivas fundamentais aos pacientes iniciantes no tratamento ambulatorial.

O núcleo central da intervenção psicoterapêutica é treinar habilidades cognitivas, promover a percepção, compreensão e modificação dos pensamentos e consequentes sentimentos que mantêm o comportamento do uso de substâncias psicoativas.

As temáticas centrais são: reconhecimento de emoções disfuncionais; reflexões sobre pensamentos automáticos; pensamentos e emoções frente à recusa; mapeamento de sentimentos e emoções disfuncionais; reconhecimento de perdas; fomento à autocrítica no tratamento; identificação de pontos fortes; planejamento de curto e médio prazo, identificação de gatilhos.

Além de inventários estruturados, observa-se a sumária importância de agregar a prática clínica desta intervenção, sessões de relaxamento, resoluções de problemas, vídeos motivacionais e escuta constante às sugestões dos participantes.

O conceito de habilidade cognitiva pode ser definido, sucintamente, como a série de recursos adquiridos, ao longo da vida do indivíduo, usados para realizar e gerenciar a complexa dinâmica de aprender, perceber, interagir socialmente, resolver problemas e manter comportamentos adequados frente às intempéries do meio.

O pilar central da metodologia usada no Grupo de Habilidades para Enfrentamento Inicial parte do princípio fundamental da Teoria Cognitivo-Comportamental, ilustrada no seguinte esquema:

Pensamentos → Eliciam Emoções → Eliciam Comportamentos (PEC).

As sessões de psicoterapia em grupo são norteadas por relatos e identificações sobre os pensamentos e sentimentos suscitados pré e pós-uso de SPAs; descrição da fissura;

preenchimento de inventários personificados, sessões de motivação e psicoeducação.

O grupo é direcionado para pacientes da fase 1 (iniciantes ao tratamento ambulatorial) e aberto para todos os interessados.

O formato metodológico do Grupo Psicoterapêutico Habilidades para Enfrentamento Inicial tem abordagem temática apresentada em módulo, iniciando e findando os

assuntos dentro da mesma sessão. Assim, os pacientes que estão na fase I do tratamento ambulatorial, comumente em estado pré contemplativo e contemplativo, ansiando por respostas assertivas acerca da dependência, sentem suas expectativas correspondidas. Esta satisfação, sobre os primeiros contatos no tratamento, é de suma importância para a vinculação do paciente ao serviço de saúde.

Referências Bibliográficas

1. Cordeiro FL. Boas Práticas no Tratamento do Uso e Dependência de Substâncias. 1ª ed. São Paulo: Roca, 2007.
2. Ribeiro M. O Tratamento do Usuário de Crack. 2ª ed. Porto Alegre: Artimed; 2012. 237-248.
3. Vieira C, Bezerra R, Rosa M. População de Rua: quem é, e como vive, como é vista. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004. 37-48.
4. Zanelatto N. Terapia Cognitivo Comportamental. In: Alessandra Diehl...[et al] Dependência Química Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas. 1ª ed. Porto Alegre: Artimed; 2011. 288-300.
5. Pesquisa FIPE Dados demográficos POP RUA São Paulo. 2015. In: Prefeitura da cidade de São Paulo web site: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/observatorio_social/2015/censo/FIPE_smads_CENSO_2015_coletivafinal.pdf

C A P Í T U L O

17

O cuidado em grupo - Prevenção de Recaída
baseado em Mindfulness – MBRP: A
Experiência do CRATOD

Gabriela Felix Teixeira
Natalia Cunha Batista
Wellington do Prado Carias

“Quem olha para fora sonha, quem olha para dentro desperta”

Carl Jung.

As práticas de meditação no CRATOD iniciaram em 2014, em oficinas de HathaYoga que tinham o objetivo de trabalhar o equilíbrio emocional, a autoconfiança e a autoestima dos pacientes desse serviço que estão em tratamento ambulatorial para dependência química. Apesar de alguns pacientes já terem ouvido falar de yoga e meditação, apresentavam certa resistência em praticar, já que tais técnicas não faziam parte do seu cotidiano. Nesse momento surgiram dúvidas de como lidar com impulsos ou fissuras, durante essas práticas e no tratamento.

Dentre as diversas modalidades de meditação, há um tipo de meditação chamada Vipassana, que pode ser traduzida por “insight”: trata-se de uma técnica na qual o praticante traz à consciência o que está acontecendo no exato momento, levando à experiência presente, gentileza, compaixão sem julgamento, dirigindo sua atenção de forma intensa e meticulosa a um intenso exame de aspectos de sua existência (3). É dentro dessa perspectiva que o *Mindfulness* encontra suas raízes e base filosófica.

Magalhães nos aponta em sua tese de mestrado que, em 1979, Jon Kabat Zinn (idealizador do *Mindfulness*) elaborou uma maneira de se treinar essa prática, sendo possível experimentar novas formas potencialmente eficazes de enfrentar, explorar e aliviar o sofrimento, tanto em nível corporal como mental (4).

Mindfulness é compreendido como uma maneira diferente de se enfrentar os problemas e seus esgotamentos inerentes ao cotidiano. Sendo assim as práticas de *Mindfulness* existentes em programas de saúde

têm auxiliado pacientes que apresentem características de ansiedade, depressão, cansaço, desânimo em atividades diárias, doenças crônicas, atuando nas áreas de atenção, concentração, redução de estresse e qualidade de vida (2).

Como evidenciado no trabalho de Ribeiro e Oliveira, o dependente químico tem dificuldade em lidar de forma satisfatória com seus impulsos e emoções, necessitando de treinamentos específicos para uma boa adequação desses comportamentos (5).

Diversos estudos demonstram os benefícios da meditação como um instrumento muito eficiente para atenuação do estresse, da ansiedade e de outros sintomas, como evidenciado por Vandenberghe e Assunção, além do tratamento de dependência química através do reconhecimento e aceitação de desconfortos, ao invés da fuga incessante deles, por meio de drogas, por exemplo (1,6).

Através do convite da diretora do CAPS, à época, alguns profissionais do CRATOD participaram de um treinamento de *Mindfulness* em agosto de 2015, realizado pelo Núcleo de Pesquisa em Saúde e Uso de Substâncias (NEPSIS) do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo, e pela Dra. Sarah Bowen. Tal treinamento despertou nesses profissionais o desejo de aplicar essa técnica aos pacientes em tratamento ambulatorial no CRATOD.

O Protocolo de Prevenção de Recaída baseado em *Mindfulness* – MBRP favorece aos participantes o entendimento de como articular seus problemas relacionados a situações de “gatilho” e “fissura” que podem levá-los a recaídas no uso de substâncias psicoativas e prepará-los para lidar com experiências desafiadoras do cotidiano, demonstrando a tendência de reagirem sem consciência e frequentemente no piloto automático.

A prática de *Mindfulness* no CRATOD e a experiência do grupo fechado.

Iniciou-se a prática de *Mindfulness* em grupos no CRATOD no ano de 2015, totalizando uma quantidade de 7 grupos. Foram eleitos alguns critérios para a participação nesses grupos, dentre os quais:

- A necessidade de o paciente ser encaminhado por sua equipe e pelo profissional de referência (aquele que acompanha cada paciente mais de perto, de forma mais cuidadosa).
- Ser dependente de álcool ou outras drogas com permanência de, no mínimo, três meses no tratamento ambulatorial no CAPS.
- Estar abstinente do uso de substâncias, mesmo que haja lapsos no período anterior à intervenção.
- Apresentar diagnóstico diferencial de comorbidade psiquiátrica, com exclusão de esquizofrenia e psicose.

Os primeiros quatro grupos realizados foram fechados: pacientes eram encaminhados para participar e deveriam permanecer no grupo por 9 sessões (1 de apresentação e 8 de prática) ordenadas de forma semanal, com 1h30min de duração, objetivando a conclusão após as 9 sessões. Neles foram atendidos 60 pacientes, com faixa etária entre 20 e 65 anos, sem escolha de gênero.

Foram realizadas as práticas meditativas e, ao término de cada sessão era passada uma planilha para a prática domiciliar e, para aqueles que tinham celular, também era passado o áudio da meditação com objetivo de ajudá-los a aderir a essa prática.

Foram encontrados alguns desafios nesse início: o tempo estabelecido para as prá-

ticas foi insuficiente - havia pouco tempo para realizar as discussões das práticas realizadas; o comprometimento no entendimento do público e a qualidade do sono prejudicado de alguns pacientes (por estarem em situação de rua ou albergados) prejudicou o compartilhamento das experiências; houve um grande número de abandonos e ausências. No entanto, dentre aqueles que permaneciam na prática, o aproveitamento era grande: ficavam surpresos quando adquiriam consciência do corpo e referiam estar se percebendo melhor no cotidiano, conseguindo lidar com situações desafiadoras às quais outrora respondiam de forma automática, percebiam o surgimento da fissura com mais clareza e conseguiram benefícios cotidianos.

Houve, então, uma soma de prática à estratégia: uma meditação diária, com duração de 20 minutos, passou a ser realizada antes das atividades do CAPS. Isso ajudou os pacientes a aderir: todos os pacientes eram convidados e, para alguns, esse era o primeiro contato. Foi possível, assim, que todos fizessem a prática diária.

Foram percebidas outras mudanças: não havia mais julgamento por parte dos profissionais quanto ao comportamento dos pacientes durante a oficina (por ex. sonolência), mas compaixão e gentileza. Os facilitadores começaram a se perceber mais acolhedores.

Durante a realização do quarto grupo, entre novembro de 2016 e março de 2017, foi realizada uma pesquisa com apoio da equipe do NEPSIS com o principal objetivo de verificar a adesão e o padrão de uso dos pacientes no tratamento.

Fizeram parte dessa pesquisa 11 pacientes, com faixa etária entre 25 e 60 anos. Nela foi preenchido um calendário do consumo de álcool ou outras drogas nos últimos 15 dias. Todos participavam da oficina de meditação de 20 minutos quando compareciam ao serviço.

Conforme observado nos primeiros grupos MBRP, os pacientes relatavam conseguir adotar as técnicas de meditação em situações desafiadoras. Durante a intervenção, 9 pacientes se mantiveram abstinentes por 5 meses depois da prática (período no qual foram ainda acompanhados) e 2 diminuíram o consumo e espaçaram mais o lapso.

Nesse grupo houve 9 abandonos e 2 conclusões. O problema do esvaziamento de pessoas durante a prática continuou presente.

Experiência do Grupo Aberto.

No início de 2017, depois da realização de duas sessões com um novo grupo fechado, foi notada uma redução no número de participantes da oficina. Imaginou-se que seria interessante ampliar a participação no grupo para todos os pacientes que manifestassem interesse e que tivessem já algumas semanas de tratamento (fase 2). A forma oferecida não mais obedecia o modelo do protocolo MBRP anteriormente seguido.

Foi preciso adequá-lo à demanda da instituição e à necessidade percebida: o número de práticas principais foi diminuído para que fosse possível aumentar a discussão e a percepção de si, muitas vezes ausente naquela população. Dessa forma, a cada encontro semanal, passou-se a realizar duas práticas corporais breves, no início e no término da sessão com uma prática principal apenas entre elas.

Foi preciso, a cada sessão, por não serem sempre os mesmos pacientes, apresentar a oficina e retornar um pouco sobre as regras. Em algumas sessões entraram pacientes que não tinham o perfil esperado para o grupo. Apesar disso, houve bom aproveitamento em todas as sessões.

A partir dessa experiência, com grupo aberto ainda em andamento, pôde-se observar

que já participaram 55 pacientes em 8 sessões. Dentre esses, têm-se 9 que frequentam assiduamente e 5 que têm frequência moderada. Os demais 37 puderam, ao menos, ter contato com a prática por uma ou duas vezes, podendo escolher se retornar em um outro momento.

Seguem abaixo alguns relatos dos pacientes que fizeram parte desse último grupo de *Mindfulness*:

- “aprendi a estar alerta, a estar em contato comigo mesmo no dia a dia, a me conhecer, me encontrar, me questionar... aprendi a surfar nessa onda que se chama vida” L.A.M.
- “com a prática me sinto mais solta, leve e com paz interior. Me sinto segura” M.F.I.
- “*Mindfulness* nos leva a sermos outras pessoas, sempre de bem com a vida e com todos... veio para complementar e acrescentar cada vez mais coisas... Aconselho-o a quem quer ter uma mudança de vida radical” E.S.

Considerações Finais

Com a adequação da oficina para o perfil dos pacientes do CAPS CRATOD e considerando a grande quantidade de abandonos encontrada nas primeiras oficinas de *Mindfulness*, percebe-se, hoje, uma maior adesão dos participantes (aumento de até 150% de assíduos) em 8 sessões, uma maior participação geral, ofertando a experiência de meditação para um maior número de pessoas.

Os pacientes que participavam das práticas apresentaram melhora na sua maneira de lidar com a dependência de substâncias psicoativas, ficaram mais atentos quanto às suas reações emocionais diante de situações desafiadoras e dificuldades em geral, com demonstração da sua autonomia.

Não foi possível, ainda, determinar a real razão dessa adesão tão aumentada. Seriam precisos mais estudos que se debruçassem sobre a experiência para poder determiná-la, pois, ao mesmo tempo que ampliamos o número de frequentadores da prática, os mais assíduos a iniciaram logo na primeira ou segunda semana. Surgem aqui várias indagações que mereceriam investigações, tais como: os indicados por seus PRs seriam, de fato, os mais

assíduos? Seriam tais pacientes exemplos para os novos? Como conseguir aplicar o protocolo de MBRP no tratamento ambulatorial com adesão dos pacientes?

Para responder a tais perguntas, ou se aproximar da compreensão delas, seria importante o desenvolvimento de uma pesquisa que tivesse como objetivo investigar tais acontecimentos. O presente capítulo não se debruça sobre isso, mas abre portas para sua possibilidade.

Referências Bibliográficas:

1. Bowen S, Chawla N, Marlatt GA. *Prevenção de Recaída baseada em Mindfulness para comportamentos aditivos – Um guia para o clínico*. Rio de Janeiro. Ed. Cognitiva, 1015.
2. Demarzo MMP, Garcia-Campayo J. *Manual Prático de Mindfulness: Curiosidade e Aceitação*. 1. ed. Sao Paulo-SP: Palas Athena, 2015. v. 1. 246p.
3. Gunaratana BHG. *A meditação plena da atenção – O caminho da Meditação*. Ed. Casa de Dharma, 2005.
4. Magalhaes FJC. *Mindfulness-based cognitive therapy*. Dissertação de Mestrado em Medicina. Instituto de Ciências Biológicas, Universidade do Porto, 2014.
5. Oliveira ACS, Ribeiro M. *Manejo no controle das emoções e dos impulsos*. In: O tratamento do Usuário de Crack: 2: 379-401. Porto Alegre. Armed, 2012.
6. Vandenberghe L, Assunção AB. *Concepções de mindfulness em Langer e Kabat-Zinn*. In: Contextos Clínicos, 2(2): 124-135, julho-dezembro, 2009.

CAPÍTULO

18

O cuidado em grupo
– Técnicas psicodinâmicas

Marizilda F. Pugliesi
Lennon Leonardo P. Silva

*“O pensamento parece uma coisa à toa.
Mas como é que a gente voa quando
começa a pensar”.*

(Lupicínio Rodrigues)

A subjetividade em questão

O objeto de estudo da psicologia é amplo e complexo, pois envolve o ser humano em todas as suas expressões, atravessado pelas condições biológicas, psicológicas e sociais que formam a sua subjetividade, e que, segundo Bock (2008), refere-se à síntese singular em que o ser humano vai se constituindo, ou seja, aquilo que o diferencia do outro. Sendo o pesquisador também pertencente à categoria de humano, a sua própria subjetividade estará envolvida no processo.

O mundo social e cultural, conforme vai sendo experienciado, possibilita-nos a construção de um mundo interior e são diversos os fatores que combinam e nos levam a uma vivência muito particular. Nós atribuímos sentido a essas experiências e vamos nos constituindo a cada dia, até a idade adulta, quando se estrutura a personalidade. A forma de abordar a subjetividade dependerá da visão de quem a concebe.

Falamos aqui a partir da compreensão da Psicanálise, teoria criada por Sigmund Freud (1856-1939), médico vienense que alterou radicalmente o modo de pensar a vida psíquica. Freud ousou falar do Inconsciente como sistema dos processos psíquicos e da sexualidade infantil. Enquanto prática profissional, a Psicanálise refere-se à forma de tratamento, com a busca do autoconhecimento a partir de um manejo próprio, possibilitando lidar com o sofrimento, criar mecanismos de superação das dificuldades, dos conflitos e dos submetimentos, em direção a uma produção humana

mais autônoma, criativa e gratificante de cada indivíduo, grupo ou instituição.

Qual o lugar da Psicanálise na clínica da dependência?

É a partir da compreensão psicanalítica dos processos inconscientes que se entende a dependência química como um sintoma, um conflito de outra ordem, subjacente a uma dinâmica psíquica complexa. Por isso opta-se por utilizar o termo “adicação”, que é definida por Gurfinkel como o uso compulsivo de determinado objeto, de caráter compulsivo. Nesta condição, o aprisionamento ao uso do objeto faz com que o sujeito perca a capacidade de escolha, pois é incapaz de escolher entre usar e não usar o objeto (2).

Gurfinkel diz que *“esta característica da adição implica uma importante inversão da relação do sujeito – objeto, nos seguintes termos: aquele que era sujeito que, no exercício da sua liberdade, escolhia usar o objeto segundo sua vontade e a serviço do seu desejo, se torna ele mesmo objeto do seu objeto, que ganha, por sua vez, o estatuto de dono e senhor da situação. ‘A bebida, a roleta, ou aquela mulher, me domina...’ Essa inversão acaba por urdir, no imaginário social, a ideia de que a droga ou o jogo são viciantes em si mesmos, como objetos poderosos, perigosos e enigmáticos, à imagem e semelhança da figura do diabo”* (2 p. 51). Tomamos como exemplo frases que são comumente relatadas nos grupos: *“A droga tomou conta de mim e fez com que eu me tornasse outra pessoa, a ponto de não considerar o outro e roubar, manguear”*. No discurso dos sujeitos, a droga é personificada e lhe são atribuídas características e poderes próprios, que independem da pessoa, e isso, muitas vezes, acaba por gerar uma desresponsabilização do usuário acerca da sua problemática e faz com que ele tenha uma ideia de si como alguém sem valor, fraco, submetido a algo que é também identificado como tal.

Além desta leitura, em que a adicção é vista como um outro tipo de relação objetal, há também contribuições de diversos autores à psicanálise das adicções. Faremos um recorte necessário e discorreremos brevemente sobre elementos importantes da teoria Winnicottiana que se relacionam com esta clínica: a patologia dos objetos transicionais e a incapacidade para o autocuidado.

Segundo Winnicott, os objetos transicionais são objetos que não fazem parte do corpo do bebê, mas que não são inteiramente reconhecidos como pertencentes à realidade exterior. Com o tempo o objeto transicional perde sentido, constituindo a travessia do bebê desde a subjetividade até a objetividade, que é o aspecto visível dessa travessia em direção à experimentação (5).

Para que o bebê progrida do princípio do prazer para o princípio da realidade é necessário uma mãe suficientemente boa, que é quem se condiciona ativa e gradativamente às necessidades do bebê, de acordo com a capacidade do bebê de suportar as falhas na adaptação e de tolerar os resultados da frustração e lidar com essas falhas. Essa adaptação da mãe às necessidades do bebê dá a este a ilusão de que existe uma realidade externa que corresponde à capacidade de criar. A aceitação da realidade externa sempre gerará tensão, e o alívio é proporcionado pela experiência. Essa região intermediária é importante porque é intermediária à adaptação do bebê ao mundo externo.

Winnicott relaciona a adicção a questionamentos entre os fenômenos transicionais, ou seja, não há progresso para a arte, religião ou outros interesses culturais. *“A mãe capacita o filho a encontrar objetos de modo criativo. Ela o inicia no uso criativo do mundo. Quando isso falha, a criança perde contato com os objetos, perde a capacidade de encontrar qualquer coisa criativamente”* (6).

Quando o ambiente é coeso, a criança vai se desenvolver de modo a integrar esses impulsos destrutivos e encontrar novas formas de se proteger de si mesma e das pessoas.

Neste sentido, o trabalho com a dependência química é duro e árido. É uma clínica que requer muito do terapeuta, isto porque muitos desses indivíduos não conseguiram fazer a travessia do prazer primário para a realidade e a criatividade, ou seja, não puderam perceber que podiam sentir prazer com outras coisas simples da vida, não brincaram com a realidade. Foi-lhes tirada essa possibilidade. Esse encontro com o social e com a cultura falhou e o nosso esforço é retomar isso.

O Grupo Verbal e Os Grupos de Psicoterapia

A partir das conceituações que foram apresentadas, é possível explicar os dispositivos de grupo existentes no CRATOD, que são pensados a partir do referencial psicanalítico. O trabalho em grupo é contextualizado, considerando a população atendida, em sua maioria pessoas em extrema vulnerabilidade social, exigindo assim uma flexibilização da técnica psicanalítica e um manejo que considere as especificidades individuais e sociais de quem busca ajuda. Nesse sentido, Figueiredo afirma que, nos serviços públicos de saúde, a escuta psicanalítica deve ser orientada de forma a não reduzir a complexidade do dispositivo aos ideais do terapeuta, enquanto representante da classe média escolarizada e os ideais de cura não devem ser pautados pelos seus próprios valores. Em muitos momentos, e não impondo sua verdade, o terapeuta empresta o seu desejo para que se desenvolva o desejo no outro, assim como a mãe com a criança (1).

Portanto, o trabalho é pautado na ética psicanalítica, não se colocando em questão a moralidade, a não ser que surja dos próprios pacientes. O dispositivo de escuta não é um comitê de apuração de fatos, pois não estamos preocupados com a verdade objetiva e sim com o que o paciente sente como real, ou seja, sua realidade psíquica. Mas, para que tal condição seja atingida, o terapeuta necessita ter o *“desejo de se envolver durante aquele período de tempo, com o que quer que lá ocorra ou apareça através da cooperação inconsciente que o paciente produz, a qual logo se desenvolve e desencadeia um processo valioso”* (6).

Partimos da visão ampliada do sujeito, em que o Sujeito do Inconsciente é também um sujeito que pertence e é influenciado por suas condições socioculturais. Neste sentido, o cuidado em grupo através das técnicas psicodinâmicas possibilita que o paciente verbalize e ressignifique muitas dessas vivências de sofrimento, tomando uma outra posição frente aos percalços da vida cotidiana.

Além de grupos fechados de psicoterapia orientados pela psicanálise, há no CRATOD o *“Grupo Verbal”*, espaço aberto, de tema livre, cuja função se dá por priorizar o discurso do Sujeito, emergindo uma variedade de questões, ora evidenciando faltas, ora desejos, em que o comum e o singular coexistem e as subjetividades aparecem. Frequentemente surgem queixas que denunciam condições sociais extremamente vulneráveis e até mesmo falas com conteúdos *“psicologizados”*. Porém, o manejo do grupo não se orienta exclusivamente pelo conteúdo mais ou menos *“psicologizado”* da fala do paciente, mas por priorizar um espaço em que esse sujeito possa se colocar, falar, se ouvir, ouvir o outro e, a partir disso, desenvolver uma reflexão sobre si.

Além do principal objetivo do grupo, que é dar voz e protagonismo ao sujeito, outros objetivos são:

- Pensar a subjetividade e ajudar o sujeito na construção do processo de subjetivação;
- Pensar o sujeito na sua história, dentro de uma cultura;
- Trabalhar com as possibilidades e com o potencial das pessoas;
- Auxiliar na ampliação do repertório e das redes sociais.

É um grupo que fala da dor, da angústia, do cotidiano duro, da exclusão e da esperança *«infantil”*, que se descobre em cada frase. Em uma das sessões do Grupo Verbal, os participantes trouxeram diversas situações sociais onde são destratados como pessoa e o quanto se sentem irritados com isso. Passaram, então, a falar dessa irritação quando veem que as regras não são cumpridas, quando há bagunça, desorganização, ignorância e preconceito. Os participantes do grupo terminam a sessão, com a reflexão vinda a partir deles, de que o que os incomoda, na verdade, é o fato de não conseguirem lidar com as próprias dificuldades. E esse é o objetivo central do nosso trabalho, fazer com que essas pessoas identifiquem suas dificuldades, as reconheçam como suas, sem projetá-las no outro.

Em outra sessão, o grupo iniciou falando sobre *“o que é ser feliz?”* e isso foi suscitando diversas outras questões. Um dos participantes tomou a palavra e disse: *“Felicidade não existe, pois nós vamos morrer”* e após discorrer sobre perdas familiares e situações de violência, trouxe um questionamento ao grupo: *“Como pode haver felicidade diante de tanta violência? Todos são traidores e maus”*. Outro participante disse que quando estava em uso de drogas não tinha nenhum problema de saúde e que os problemas surgiram após ficar abstinente. Questiona-se: *“Se eu voltar a usar, deixo de ter esses problemas?”*. O grupo passou a discutir a diferença de percepção de si quando em uso e quando não. Os membros

do grupo relataram que conseguiam perceber o mundo e as relações pessoais de forma diferente e trouxeram reflexões acerca do sentido da vida, do desejo de infinitude e se conscientizaram da utilização de mecanismos projetivos e da não responsabilização pela própria vida. É essa dinâmica de trocas, questionamentos e reflexões que é possibilitada pelo Grupo Verbal, em que o terapeuta “faz circular a questão entre os participantes do grupo, tecendo uma espécie de crochê, cuja linha é de natureza afetiva (3).

Esses exemplos evidenciam que na medida em que o sujeito fala e se escuta, um maior grau de consciência de si se desenvolve, podendo a partir daí estabelecer uma outra forma de relação com o outro (e com a droga), e com isso, tornar-se, novamente, sujeito capaz de realizar escolhas.

Acreditamos no Grupo Verbal como um espaço de potencialidade que, somada às outras estratégias e intervenções no contexto do tratamento ambulatorial para dependência química, possibilita a produção de novos sentidos, de diminuição do sofrimento psíquico, através da realidade psíquica que emerge através das palavras e das ações, pois

“na medida em que o analista promove a fala do sujeito e o escuta a partir de uma posição diferente (que é a posição analítica), abre a possibilidade de o próprio sujeito escutar-se, propiciando, desta forma, a subjetivação” (4).

Neste sentido, a proposta de uma escuta psicanalítica se diferencia de outras abordagens de cunho mais objetivo, que apresentam uma proposta mais diretiva, visando a modificação de comportamentos disfuncionais ou orientadas para a remissão de sintomas. A especificidade da psicanálise está em ater-se integralmente às produções de fala dos sujeitos, como indicativa de uma realidade psíquica, visando uma mudança da posição do sujeito frente ao outro e ao mundo. Portanto, uma das funções do Grupo Verbal e dos Grupos de Psicoterapia de orientação psicanalítica do CRATOD é oferecer um lugar seguro onde a fala do sujeito é privilegiada, fazendo emergir um sujeito para além do sintoma, um indivíduo para além da droga. *“O pacto analítico é um pacto de fala. A psicanálise é uma clínica da fala. Fazer falar é uma condição da escuta. E é pela escuta que se constitui, remetendo à regra fundamental: diga o que lhe vier à cabeça...” (1).*

Referências Bibliográficas

1. Figueiredo AC. Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.
2. Gurfinkel D. Adições: paixão e vício. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.
3. Lescher DA. O mais profundo é a pele. In: SILVEIRA, D. X. da e GORGULHO, M. (Org.). Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias (uma experiência do PROAD). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
4. Moretto MLT. O que pode um analista no hospital?. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.
5. Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
6. Winnicott DW. Tudo começa em casa. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

C A P Í T U L O

19

O cuidado em grupo - O Serviço Social
e sua atuação na Oficina de Cidadania

Márcia Eleodorio Gouveia

Introdução

Saúde, educação, moradia, trabalho, previdência social, proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados, segurança, lazer, vestuário, alimentação e transporte são direitos constitucionais do cidadão. Exercer a cidadania é ter consciência de suas obrigações e lutar para que o que é justo e o correto sejam colocados em prática. A partir de tais pressupostos, emerge a necessidade de trabalhar a conscientização dos usuários do serviço CAPS AD CRATOD de efetivarem sua busca pela garantia de direitos e sua luta por melhor qualidade de vida. Este capítulo destina-se a relatar a experiência do serviço na implantação de um dispositivo, a Oficina de Cidadania, para trabalhar e aprofundar tais questões entre os usuários.

Oficina de cidadania é um lugar do vínculo, do compromisso, da participação, da comunicação, e da produção coletiva de conhecimentos, onde se aprende fazendo junto com o outro. Trata-se de um espaço educativo e reflexivo para:

- Sensibilização;
- Reflexão crítica do papel social;
- Desenvolvimento da capacidade de pensamento;
- Construção de uma cidadania plena;
- Ação transformadora da realidade.

A oficina propõe tarefas de resgate e construção do conceito de cidadania e de como exercê-la no dia-a-dia. Nesse espaço, cada participante é visto como capaz de se assumir como sujeito da sua própria história e agente transformador de sua realidade seja, no âmbito individual ou coletivo.

Ainda, com base no código de ética do Assistente Social, um dos princípios fundamentais da profissão é: “Ampliação e consolidação

da cidadania considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras”. Assim sendo, é missão do serviço social estimular discussões e o processo educativo voltado para o exercer de fato da cidadania.

Objetivo principal

A Oficina realizada trabalha na dinâmica de grupo aberto, objetivando despertar o participante para a importância da autonomia, o exercício da cidadania plena e a independência, treinando novas habilidades e competências.

Objetivos específicos

Para além do exercício da autonomia, há diversos outros aspectos da cidadania que podem ser trabalhados:

- Refletir os processos de inclusão e exclusão das pessoas;
- Refletir sobre direitos e deveres;
- Refletir sobre o exercício da cidadania;
- Respeitar as diferenças sociais, pessoais, culturais e econômicas;
- Aprender a trabalhar em grupo;
- Trabalhar o contexto da violência como desrespeito ao direito;
- Conhecer e refletir sobre a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

A importância da Oficina de Cidadania no CAPS AD CRATOD

Diante dos aspectos biopsicossociais da dependência química, faz-se necessário ressaltar a importância da construção de um espaço específico onde o Serviço Social discuta a cidadania com os pacientes, com ação interventiva. É fundamental a intervenção do Serviço Social no resgate da cidadania do paciente, trabalhando sua responsabiliza-

ção enquanto ser social, tanto no individual como no coletivo, sua percepção como sujeito de sua história e a desmistificação da dependência química, uma doença crônica tratável que permite a reabilitação biopsicossocial. A oficina de cidadania é um espaço de troca de saberes, de compartilhamento de experiências, de ajuda mútua e, relevantemente, de reflexão sobre a vida e a realidade em que os sujeitos estão inseridos.

As temáticas da oficina são conceitos importantes sobre ética no agir, tais como: respeito mútuo, justiça, solidariedade e diálogo em todos os níveis de relacionamento, reconhecendo o diálogo como elemento essencial na resolução de conflitos e na tomada de decisão coletiva.

Nesta Oficina também são discutidas as pautas das Assembléias do serviço. Dispositivo este, de suma importância, para a construção conjunta, entre equipe e usuários, das diretrizes e normas do tratamento aplicado no CRATOD.

Dos participantes da oficina de cidadania segue um exemplo de sucesso e da efetividade do trabalho.

Situação – Usuário de gênero masculino, faixa etária de trinta anos, ensino médio completo, solteiro, sem documentação pessoal e desempregado. Iniciou tratamento no CRATOD em meados de 2015, participante de todas as propostas de seu PTS (Projeto Terapêutico Singular).

No desenvolvimento de seu projeto terapêutico, uma de suas principais metas era providenciar a segunda via de seus documentos pessoais, aliás a principal, para poder encaminhar as outras demandas de seu projeto de vida. Foi pactuado um tempo para a conclusão da tarefa, mas ele não a concluía. Sentindo-se pressionado pelo tempo, solicitou atendimento individual fora do agendamento pré-estabelecido, pois tinha algo para revelar.

No atendimento individualizado informou que era foragido da justiça e que usava documento (RG) que não era dele. Com base no PTS e com enfoque na cidadania, refletiu sobre quem ele era e o que pretendia ser no futuro, como apropriar-se ou exercer sua cidadania com identidade falsa, e notou que, dessa forma, ele não existia de fato.

Foi pontuado ser ele sujeito de sua própria história, e sua responsabilização enquanto ser social. Ressaltou-se que, diante da situação que ele apresentava, do ponto de vista social, não existiam condições para terapêuticas em seu tratamento (“ele não era real”). Ele posicionou-se como pensativo e pediu um tempo para retornar.

Meses depois, chegou no CRATOD uma carta direcionada ao Serviço Social, na qual ele afirmava ter se entregado à justiça. Cumpria sua pena e reconhecia a importância do espaço da oficina de cidadania na decisão que tomou para a sua vida: “como quero exercer minha cidadania se não cumpro com o meu dever?”. Terminou a carta afirmando que quando em liberdade compareceria ao CRATOD para agradecer o suporte técnico e dar seu depoimento de vida.

Considerações finais

Cabe pontuar a importância da contribuição do Serviço Social na construção da cidadania dos pacientes. Um dos princípios fundamentais do trabalho do Assistente Social é a garantia dos direitos civis sociais e políticos do cidadão. A oficina de cidadania é em particular, um espaço para ajudar os usuários a reverem seus conceitos morais e éticos e poderem refletir sobre seus papéis de cidadãos.

Referências Bibliográficas

1. Freire P. Pedagogia da Indignação: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo, Editora UNESP, 2000.
2. Provesan F, 2006. Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional.
3. Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990. O Sistema Único de Saúde.
4. Ferreira ABH. Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 5ª edição – 2010.
5. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. 9ª edição Revista e Atualizada Brasília. Conselho Federal de Serviço Social, 2011.
6. Aquino MA. Um desafio ao Serviço Social contemporâneo: Os direitos humanos e a cidadania. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) Centro Universitário Una, Belo Horizonte, 2010.
7. Barroco MLS. A inscrição da ética e dos direitos humanos no projeto ético político do Serviço Social. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 79, 2004.
8. Boschetti I. Seguridade Social e projeto ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania? Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 79 2004.
9. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil 1988. São Paulo: Rideel, 2009.

C A P Í T U L O

20

O cuidado em grupo - A prática da Atividade Física no tratamento da dependência química

Daniele Shizue Shimada Narazaki

Fabiano Alves de Siqueira

Marcos Santana Tamura

Wellington do Prado Carias

Introdução

A proposta de inserção dos profissionais de educação física no CRATOD foi iniciada com dois professores de Educação Física e uma Fisioterapeuta, que passaram a integrar a equipe multiprofissional e iniciaram uma oficina de caminhada.

Com o passar do tempo, foram introduzidas as oficinas de esporte e grupos especiais como: Adolescentes, GESTO (Grupo de Estudos de Tratamento da Obesidade) e Tabagismo.

Atualmente, todos estão envolvidos com oficinas, garantindo a especificidade da aérea e atuando juntamente com a Equipe Técnica Multiprofissional, conforme a especificidade de sua formação.

O papel essencial do educador físico, transcende a composição da equipe multiprofissional, oferecendo aos pacientes uma nova via de obtenção de prazer e liberação de endorfina e serotonina por meio da prática de exercícios, complementando o papel de algumas medicações, ou mesmo substituindo o papel das medicações estimulantes, que nos casos mais severos de dependência de crack, podem ser necessárias.

Além de contribuir efetivamente no tratamento da dependência química, trazendo um olhar holístico sobre o ser humano, a percepção e o conhecimento teórico e prático das atividades corporais por ele desenvolvidas, para as discussões e construções dentro dos projetos terapêuticos.

Essa equipe promove, dentro das discussões uma percepção integral, oferecendo uma harmonização entre as questões concretas e subjetivas, físicas e cognitivas, comportamentais e afetivas, enriquecendo as relações e abordagens junto à equipe multiprofissional.

Dentro da especificidade pode-se reafirmar como objetivo geral, o resgate das habilidades motoras, o desenvolvimento do es-

quema corporal e das funções psicomotoras, promovidas por atividades Esportivas e Físicas.

O Técnico é um facilitador na construção de hábitos saudáveis e na substituição de prazeres, promovendo atividades que estimulem uma reflexão contínua e progressiva do aproveitamento do sujeito dentro das oficinas oferecidas, relacionando-o com seu cotidiano.

“eu jogo do jeito que vivo e vivo do jeito que jogo”

Brotto (6).

Um dos espaços terapêuticos do CAPS-CRATOD é a quadra, lugar onde não se julga, não se busca habilidades físicas ou motoras e sim se valoriza a participação, o esforço individual que cada paciente demonstra ao realizar práticas esportivas, o respeito por si e pelos outros e o resgate de práticas saudáveis através de atividades físicas adaptadas ou não, porém sempre com a proposta de inclusão, de perceber seu corpo no atual momento, de refletir o quanto ele mudou, e quanto o uso de substâncias psicoativas contribuiu para essa mudança. Um espaço democrático onde até o esporte ou a atividade que será realizada no dia são decididos através do voto de todos os participantes.

A quadra fica no estacionamento do CRATOD, cercada por grades e com uma entrada lateral onde é possível desenvolver as modalidades de futsal, voleibol, basquetebol e handebol, além das infinitas possibilidades que a criatividade e o desejo dos professores que ali estão podem proporcionar, como tênis adaptado, (vôlei adaptado/jogo cooperativo) e até mesmo brincadeiras e jogos que remetem à infância, como queimada, alerta, pega-pega, dentre outras. A parede lateral da quadra foi grafitada no último ano (2016) pelos próprios usuários do serviço, como uma demonstração de empoderamento do espaço e expressão de seus sentimentos.

Quando se pensa que as pessoas jogam da mesma maneira como vivem e que vivem como jogam, para a ser possível atender os pacientes com outro olhar, observar o que, às vezes, não aparece nas atividades verbais, o que o corpo está dizendo, através dos gestos, dos movimentos e muitas vezes na ausência deles. Alguns pacientes têm dificuldade em participar de atividades, sentados numa cadeira dentro de uma sala, mas por outro lado, conseguem se expressar com o corpo correndo atrás de uma bola e essa linguagem corporal pode contribuir de maneira significativa para o entendimento desses indivíduos.

Diante disso, o objetivo geral é, oferecer-lhes um ambiente acolhedor, respeitador, agradável, harmonioso, democrático e integrador; estimulando sempre gestos, valores e potenciais positivos; reforçar uma reflexão contínua dos seus próprios ganhos praticando hábitos saudáveis e ampliando seus repertórios de lazer e diversão.

Oficina de reabilitação física

Trata-se de um espaço criado com a proposta de estimular os pacientes do CAPS a resgatar o corpo, cuidar melhor da saúde e do bem-estar geral.

Pensando que o cuidado com o corpo é uma das perdas que usuários de substâncias psicoativas têm ao longo da vida, a prática de exercícios físicos poderá ajudar na prevenção e controle de doenças hipocinéticas, bem como na melhora da autoestima, autoconfiança, diminuição da ansiedade e do stress, além de ser uma importante estratégia de proteção contra o consumo de drogas (1).

Barbanti, realizou um estudo durante 4 meses com objetivo de investigar a mudança na qualidade de vida em 141 pacientes dependentes químicos – álcool, tabaco, e outras drogas com depressão maior – e depressivos (DP),

que participaram de programas de exercícios físicos. Observou-se melhoras na capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental (2).

Segundo Barbanti, atividade física é qualquer movimento corporal em que há um gasto calórico acima dos níveis de repouso (ex. subir escadas, lavar o carro, etc). Já o exercício físico é aquela prática planejada e estruturada a fim de melhorar os componentes de aptidão física relacionados a saúde, tais como: equilíbrio, a flexibilidade, força, coordenação, agilidade, resistência muscular e cardiorrespiratória (3).

A sessão de exercício.

O paciente interessado em participar da oficina de Reabilitação Física é encaminhado pelo seu profissional de referência ao médico clínico da equipe. Apesar da atividade ser em grupo, a prescrição do exercício é realizada de forma individualizada e de acordo com os objetivos e limitações de cada paciente.

Muitos chegam reproduzindo seu comportamento aditivo, querendo resultado imediato, diante disso o profissional precisa ter uma certa habilidade para construir junto com o paciente o programa de treino, com intuito de promoção da saúde. A atividade acontece duas vezes na semana, com duração de 1h e 30 min.

No entanto, a sessão de exercício físico não se resume apenas a reabilitar o corpo; ainda, segundo Barbanti (3), reabilitação é a restauração de um estado físico, mental, vocacional ou social satisfatório, após uma lesão física, mental ou doença impeditiva de atividades normais.

Devido ao longo período de uso de drogas, o ato de se olhar no espelho para despertar a consciência corporal ao realizar um exercício ou limpar o colchonete, pode ser tarefa difícil para

aqueles que iniciam a atividade e estão desorganizados nos princípios mínimos de autocuidado. Sendo assim, faz-se necessário resgatar de forma digna noções de higiene, construção de regras, organização de materiais, e respeito para com os colegas e com o seu próprio corpo. O profissional de educação física tem um papel essencial na construção de novos relacionamentos. Enquanto executam seu programa de treinamento, os pacientes podem escolher a música ambiente, conversam entre si e com os profissionais, contribuindo para a adesão ao tratamento e estimulando para que se busque fora do CRATOD outros espaços onde possa ser dada continuidade a esse auto cuidado.

Oficina de corrida e caminhada

O exercício físico é um aliado importante no tratamento de várias patologias e suas comorbidades, por seus efeitos diretos, como a redução da gordura corporal e dos níveis de colesterol e a melhoria cardiorrespiratória, ou indireta, como a melhoria na autoestima e na sensação de bem-estar, com redução de sintomas depressivos. Há consciência de que, além de tratar problemas de saúde, o condicionamento físico previne problemas e reduz o agravamento de patologias. Especificamente, nos problemas de saúde relacionados ao uso de drogas, o exercício físico estimula a liberação de substâncias neurotróficas, propicia melhoria do sistema nervoso e até mesmo sensações de prazer e relaxamento, interfere de maneira positiva na prevenção e no tratamento da dependência (7).

O exercício físico tem sido proposto como adjuvante no tratamento da dependência de drogas lícitas e ilícitas, complementando abordagens psicoterapêuticas e farmacológicas tradicionais. Assim, representando um in-

cremento significativo das possibilidades para abordagem e tratamento dos usuários, torna-se alvo de interesse de pesquisadores que buscam a compreensão das bases fisiológicas para a terapia proposta, de forma segura, com vistas à redução das alterações neuroquímicas, do desejo e da compulsão pelo uso (fissura), dos distúrbios do humor e da cognição, bem como dos níveis de estresse e das dificuldades no relacionamento social e afetivo, decorrentes do uso de drogas. (8).

O emagrecimento, a expressão cansada e muitas vezes assustada ou curiosa é muito comum nos usuários recém chegados ao CRATOD. A debilidade física mostra o quanto o uso de substâncias está presente em sua vida. Ao conhecerem o trabalho de reabilitação física – as oficinas de jogos e de corrida e a caminhada – eles relembram o passado, a infância e o fato que muitos já praticaram algum esporte antes das drogas tomarem todo seu tempo e sua energia. Assim que iniciam o acompanhamento com a equipe de educadores físicos, os usuários vêem uma mudança em seu modo de olhar para outras atividades prazerosas, melhoram sua autoestima e, a médio prazo, vêem uma melhora no corpo, no condicionamento físico, na força, na flexibilidade e o no reencontro com a habilidade em determinados esportes muitas vezes esquecida devido ao uso de drogas.

Inicialmente, não oferecidos momentos de caminhadas, com estímulos e provocações para novos desafios. Respeitando limites e condição clínica. O maior objetivo é estreitar o vínculo terapêutico, pontuando as conquistas e as melhoras físicas e emocionais; oferecendo sempre a oportunidade de desafiar a si próprios e ampliando seu repertório de prazer.

A corrida de rua é um meio encontrado pela equipe, de reinserção social, ampliação de repertório de atividades prazerosas e de

superação. Superar seus medos, seus anseios, seus limites e mostrar não só para o mundo, mas principalmente para si próprio, que é capaz de ter disciplina, amor próprio, manter-se firme em seus propósitos.

Durante a preparação para as corridas, além do aquecimento e da preparação física, são dadas orientações sobre o comportamento durante a prova, como dar passagem aos corredores mais velozes, identificação e respeito dos limites do seu corpo, descarte de embalagem de hidratação, entre outros.

Minutos antes do início da prova, os concorrentes têm a oportunidade de vivenciar a alegria e a animação do aquecimento coletivo, conduzido pelo “locutor/ animador”, que faz com que cada um se sinta vitorioso antes mesmo de terminar a prova, vencer a inércia de permanecer na cama em uma manhã fria ou deixar que o despertador insista em tocar. Para os pacientes significa vencer mais um dia sem a droga, vencer a fissura, a irritação, a ansiedade.

A corrida é democrática, sem preconceitos. Correr é estar no meio de muitos e finalmente ser apenas mais um, mais um corredor, mais um atleta, mais um que está em busca de seus objetivos quaisquer que sejam eles e não ser visto como usuário, “perigoso” ou “coitado”, estigmas do senso comum da sociedade.

Após a corrida, profissionais e pacientes voltam conversando sobre o quanto a prática da atividade física é benéfica, lembrando o que já foi praticado e o que se quer voltar a praticar. Aproveita-se o efeito do bem estar proporcionado pela corrida e planeja-se algo positivo para o futuro.

Nos dias subseqüentes à corrida, os pacientes compartilham com outros usuários do serviço e profissionais a experiência do evento, o que proporciona aos mesmos melhora da autoestima, reforça os propósitos

de abstinência e o vínculo com a instituição e com os profissionais.

Não se pode deixar de falar das recaídas pré-prova que acontecem dias antes da corrida, talvez por os usuários não saberem lidar com a ansiedade, a euforia, pela cobrança a si próprios, por quererem fazer um tempo melhor que os colegas ou os profissionais, bater seu próprio recorde, e também as recaídas pós-prova que, trazendo uma euforia e a vontade de comemorar, muitas vezes acaba, levando-os com os velhos amigos, no bar. Enfim, isso mostra a importância do trabalho de prevenção de recaída e que ele deve ser feito de maneira contínua e com mais ênfase nos períodos que antecedem a prova.

Segue um relato de caso que evidencia a reinvenção das relações a partir do olhar sobre o corpo e o exercício.

Com perfil de velocista, jovem, alto, pernas longas, magro, o paciente E. L. S. iniciou a oficina de corrida em maio de 2016, e no final do mesmo mês correu na sua primeira prova de 5km, em que foi orientado a ir devagar e respeitar os seus limites. Terminou a prova em menos de 20 minutos, algo impressionante, tempo próximo aos atletas de elite, o que lhe causou muito orgulho e fez com que objetivasse participar de algo maior, a famosa São Silvestre. Desde o início foi orientado pelos educadores físicos a trabalhar seu corpo de forma a evitar lesões, quanto ao tempo certo para iniciar cada tipo de treino a fim de respeitar seu corpo e seus limites, visto que ultrapassar os limites do corpo é algo muito comum entre os usuários em recuperação. Como se houvesse uma transferência de compulsão, as coisas são feitas com muita intensidade, tendo dificuldade em controlar ou em achar o seu equilíbrio.

“O esporte foi muito importante em meu tratamento, pois depois de certo tempo de minha vida, 10 anos de uso de drogas, já não tinha prazer

em nada, só o uso. Mas a partir do momento que comecei a participar da Reabilitação Física, conheci as corridas e meu tratamento teve outro rumo. Tive que cuidar da minha saúde, algo a que não prestava mais atenção, peguei amor a cada medalha, e a cada corrida melhorava meu tempo e aumentava os quilômetros que corria. A ansiedade e a satisfação de cada prova, de cada dia que passava, mexeu com a minha abstinência, pois para comemorar, ia ao cinema, lanchonetes e infelizmente acabei desaprendendo a me controlar, por achar que estava recuperado, forte o suficiente para passar por qualquer situação. Sou auxiliar de cozinha e tenho facilidade para estar sempre manuseando bebidas alcoólicas e, com isso, me afastei do CAPS, algo que me prejudicou muito, mas o importante não é cair e sim saber se levantar e não “trupicar” na mesma barreira, pois nunca posso esquecer que todo dia é uma luta e é preciso vencer.” (sic: E. L. S.)

Atividades externas

Atividades externas são em categoria de ações com o objetivo de ampliação de repertório social de lazer e cultura. Durante o ano, locais relacionados ao esporte e à cultura não selecionado. Dentre eles já foram visitados o clube do S.P.F.C. (São Paulo futebol clube), o Santos F.C. (Santos futebol clube), o museu do futebol, a escola de Surf em Santos, com aula experimental, o museu da pesca e o Aquário, esses na cidade de Santos, ... entre outros lugares.

Indubitavelmente há que se afirmar que as saídas externas terapêuticas, além de fortale-

cer nossos vínculos, oferecem um ambiente harmonioso e acolhedor. Não há datas específicas, mas procuramos fazer antes ou depois da Copa da inclusão, outra atividade externa que será abordada neste capítulo.

Copa da inclusão

Trata-se de torneio esportivo criado pela ONG Sã-Consciência desde 2002, e a participação do CRATOD deu-se a partir de 2006. Um evento criado para a participação de todos os CAPS Adultos, CAPS AD (álcool e drogas) e infantil, da cidade de São Paulo e algumas cidades vizinhas, realizados no Sesc Itaquera e atualmente no Sesc Interlagos.

O torneio tem como objetivo central ofertar a participação, o envolvimento e o pertencimento desses espaços públicos, ampliando o repertório de lazer, recreação e cultura.

A princípio, a participação foi fomentada por duas aprimorandas (Gabriela Teixeira/ Psicóloga e Raquel Carvalho/ Assistente Social) desse mesmo ano em que se iniciam as provas, e que devem ser citadas e reconhecidas como as principais motivadoras e entusiasmadas desbravadoras dessa atividade, que atualmente é importante do calendário anual de atividades esportivas do CRATOD.

Os pacientes do CAPS CRATOD esperam todos os anos as datas dos jogos, o início do evento, os jogos de futsal, as celebrações e as festividades finais de cada copa. Há que se refletir sobre o aproveitamento de novos e outros espaços, ampliação de repertórios e prazeres, sem deixar dúvida quanto ao do sucesso e à grandeza da Copa da Inclusão, que em seu próprio nome traz o valor imensurável de incluir, oferecendo acolhimento e empode-

ramento em todos os seis encontros possíveis, realizado graças à organização desse evento.

Pode-se ressaltar que esta atividade proporciona à nossa equipe técnica envolvida, uma relação inter-profissional sensacional de aprendizagem contínua e progressiva, sem descharacterizar cada especificidade e/ou categoria. Enfim, o maior protagonista deste evento é o paciente. A instituição tem prazer em ser interlocutora e facilitadora dessa proposta, genuinamente terapêutica e harmoniosa.

Considerações finais

Observou-se, portanto, nesse capítulo, a importância da Educação Física e de Fisioterapia dentro de uma proposta de um tratamento em Dependência Química. Atividades de corpo e esporte favorecem uma aproxima-

ção do paciente, provocando melhor vínculo e dificultando tentativas de “mascarar” seu tratamento. O paciente acaba confiante na proposta oferecida e resgata valores outrora esquecidos, por estar em constante uso de SPA. O prazer da atividade cria uma ponte de aproximação com seus desejos de mudanças e as ampliações de repertório social e de prazeres ficam mais evidentes, oferecendo vivências e lembranças concretas do que se pode fazer para conseguir o objetivo desejado.

Diversos estudos têm mostrado os benefícios dos exercícios físicos como parte essencial no tratamento da dependência química. Orientar o paciente, respeitando os princípios do treinamento, e estimular a prática regular de exercício físico irá contribuir para a adoção de hábitos de vida saudáveis, possibilitando ao paciente utilizar essa ferramenta como mais uma estratégia para prevenção de recaída.

Referências Bibliográficas

1. Ribeiro M, Laranjeira R, e colaboradores. *O tratamento do usuário de Crack*. 2ed. Porto Alegre- Artmed-2012.p(495-501);
2. Barbanti VJ. *Dicionário de Educação Física e Esportes*. ed. Barueri-Manole-2003;
3. Barbanti EJ. (2006). *Efeito da Atividade Física na Qualidade de Vida Em Pacientes com Dependência Química*. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v 11, n 1, p. 37-45.
4. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html Secretaria da Saúde.
5. Brotto FO. *Jogos cooperativos: se o importante é competir, o fundamental é cooperar*. Santos: Renovada, 1997.
6. Brotto FO. *Jogos cooperativos: o jogo e o esporte como exercício de convivência*. Campinas: 1999. Dissertação (Mestrado) - UNESP.
7. Abu-Omar; Rutten; Lehtinen, 2004; Brum, 2004; Mialick; Fracasso; Sahdm, 2010; apud Ferreira, 2012 - Efeitos agudos do exercício físico no tratamento da dependência química. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte* April-June 2017, Vol.39(2):123-131.
8. Zschucke E, Heinz A, Strohle A; *Exercise and Physical Activity in the Therapy of Substance Use Disorders*. *Scientific World Journal*, 2012.

CAPÍTULO

21

O cuidado em grupo – A população
LGBTQIA e o Grupo da Diversidade

Ariadne Ribeiro
Gabriela Felix Teixeira
Ivan Cezar Silva
Lennon Leonardo P. Silva

Introdução

Historicamente, a relação entre sexo e drogas foi bem ilustrada pelos Deuses Mitológicos, como Baccho para os Romanos ou Dionísio para os Gregos, que figuravam um Deus que cultuava os estados alterados da consciência, as orgias e as festas regadas a vinho e a ópio. Ainda hoje, essa relação permanece muito presente no contexto da dependência química.

A população LGBTQIA (Lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexos e andróginos) correspondente a toda a diversidade sexual, além da heterossexualidade, é a população mais atingida pela vulnerabilidade social, devido às questões culturais de um país que soma, em sua cultura, um culto ao corpo e à sexualidade, a questões morais ou religiosas compreendidas pela população pela ótica héteronormativa, que dificulta o olhar empático ao sofrimento humano, e que permite julgar a sexualidade como fruto de uma escolha, e não inerente à natureza do indivíduo. Tais questões socioculturais dificultam a vida de pessoas LGBTQIA que, por não serem compreendidas, são facilmente excluídas do âmbito familiar, das instituições de ensino, de instâncias como o trabalho, sendo que até mesmo o círculo social passa a ficar cada vez mais restrito, levando muitas dessas pessoas à situação de rua. (1).

A vulnerabilidade social é vivenciada silenciosamente pela maioria desses sujeitos, pois, além de sofrer os percalços da vida nas ruas, também representam o segmento populacional mais atingido pela invisibilidade social, por conta da homofobia e, principalmente, da transfobia. A trajetória nômade da população LGBTQIA que vive em situação de rua está associada ao afastamento de instâncias como a família, o trabalho, os estudos, e tal condição é agravada devido ao uso de substâncias (2).

Devido à complexidade dos cuidados necessários e das demandas subjetivas específicas

da população transusuária de drogas, discorreremos sobre este assunto com maior ênfase.

O Brasil foi considerado o país que mais mata indivíduo transgênero no mundo, segundo o relatório TransMurderMonitoring, e entre janeiro e dezembro de 2015 foi responsável por 802 de um total de 2016 mortes de pessoas trans no mundo. Além disso a expectativa de vida média para a população geral no Brasil é de 74.9 anos, enquanto que para a população trans é de 35 anos (3).

Sendo, então a marginalização dessa população inevitável, o autosustento desses indivíduos se dá, em sua maior parte, através da prostituição, que não acontece de maneira voluntária e vocacional, mas sim devido à falta de oportunidades e discriminação sofrida em quase todas as instâncias (4).

A falta de identidade com o gênero biológico gera, contudo, consequências para o desenvolvimento do indivíduo desde os primeiros sinais da transexualidade ou travestilidade. O processo de aceitação do seu corpo e de sua sexualidade pelo “mundo” é bastante complexo e pode gerar traumas psicológicos e eventuais intervenções no corpo do indivíduo transgênero, que podem resultar em problemas fisiológicos.

Cada pessoa trans tem seu próprio tempo para a compreensão de sua identidade e para aceitar-se como tal. A aceitação, inclusive, é um dos pontos mais delicados do processo. É muito comum existir um autopreconceito, que pode estar relacionado a outras morbidades psiquiátricas e deve ser acompanhado adequadamente, para que um cuidado integral seja oferecido.

Um recente levantamento entre os pacientes do CRATOD demonstrou uma demanda urgente de oferecer cuidados mais específicos à população trans. Ela representa proporcionalmente a metade do público feminino atendido e precisa de legitimação do seu espaço no tratamento oferecido.

Criou-se o Grupo da Diversidade

O principal objetivo do Grupo da Diversidade é oferecer um espaço de escuta e acolhimento a esta população, centrado no protagonismo dessas pessoas e em seu empoderamento. Espaço este, seguro, pautado nos princípios da humanização, em que as necessidades específicas são vistas sem qualquer preconceito de valores morais.

O Grupo também busca desenvolver e preparar indivíduos em seus estados emocionais e cognitivos, funcionalizando, flexibilizando, organizando, fortalecendo e preparando os indivíduos para as mais diversificadas intempéris do meio social, mesmo aquelas oriundas de ambiente segregador. Neste sentido, busca promover espaços de discussão grupal onde os participantes possam se reconhecer, apontar e serem apontados livremente, sem o viés projetivo e relativo dos princípios heteronormativos que estão diluídos, consciente e inconscientemente, em todos os âmbitos da sociedade, chegando até as fileiras da rede de tratamento dessa população.

No segundo ano de atendimento, o Grupo já havia beneficiado 64 pessoas que passaram pelo CRATOD e que tiveram um acolhimento mais eficaz, que respeitava suas demandas mais urgentes e inerentes ao segmento populacional ao qual pertencem.

Também foi possível articular a rede de assistência social municipal e estadual, no sentido de oferecer um cuidado integral. Alguns pacientes trans foram encaminhados para programas de incentivo aos estudos, que pôde ser acompanhado pelos profissionais do grupo, oferecendo a eles mais segurança para retomar os espaços dos quais a discriminação as havia removido.

E em dezembro de 2016 o CRATOD foi premiado pela execução do projeto:

O propósito terapêutico do Grupo

No grupo da diversidade não se busca propriamente realizar uma psicoterapia, mas sim contar com o apoio dessa prática para que se possa acolher, compreender e auxiliar os participantes trans na busca da auto aceitação, no conhecimento de seu processo individual, enquanto reconhecem nos demais situações e experiências semelhantes, o que pode facilitar a compreensão de si próprios.

Pessoas que apresentam dificuldades relativas às questões de identidade de gênero ou à sexualidade, tendem a apresentar angústia e ansiedade em graus acima da média, por isso, torna-se necessário acolher essas demandas, oferecendo um suporte emocional a esses indivíduos, para que desenvolvam capacidades para lidar com tais dificuldades.

Partindo disto, o grupo tem um propósito terapêutico, na medida em que possibilita a expressão da subjetividade, o acolhimento das angústias e das dificuldades sociais, com vistas à diminuição do sofrimento psíquico. Também se constitui como um espaço de reflexão, compartilhamento, troca, resgate e ressignificação da própria história de vida, produzindo assim melhor ajustamento e desenvolvimento pessoal.

Orienta-se pela escuta incondicional, pela postura empática dos terapeutas e por fazer circular questões que auxiliam no processo de reflexão e elaboração das demandas que emergem no grupo.

Na dependência química, a busca pela legitimação individual dentro de um grupo, pode ser um agente facilitador de relacionamentos dependentes e emocionalmente prejudiciais. As questões mais comuns são a dependência química do parceiro, a substituição como forma de manter o vício de ambos, as questões de violência entre parceiros

íntimos e o medo do preconceito social do parceiro íntimo.

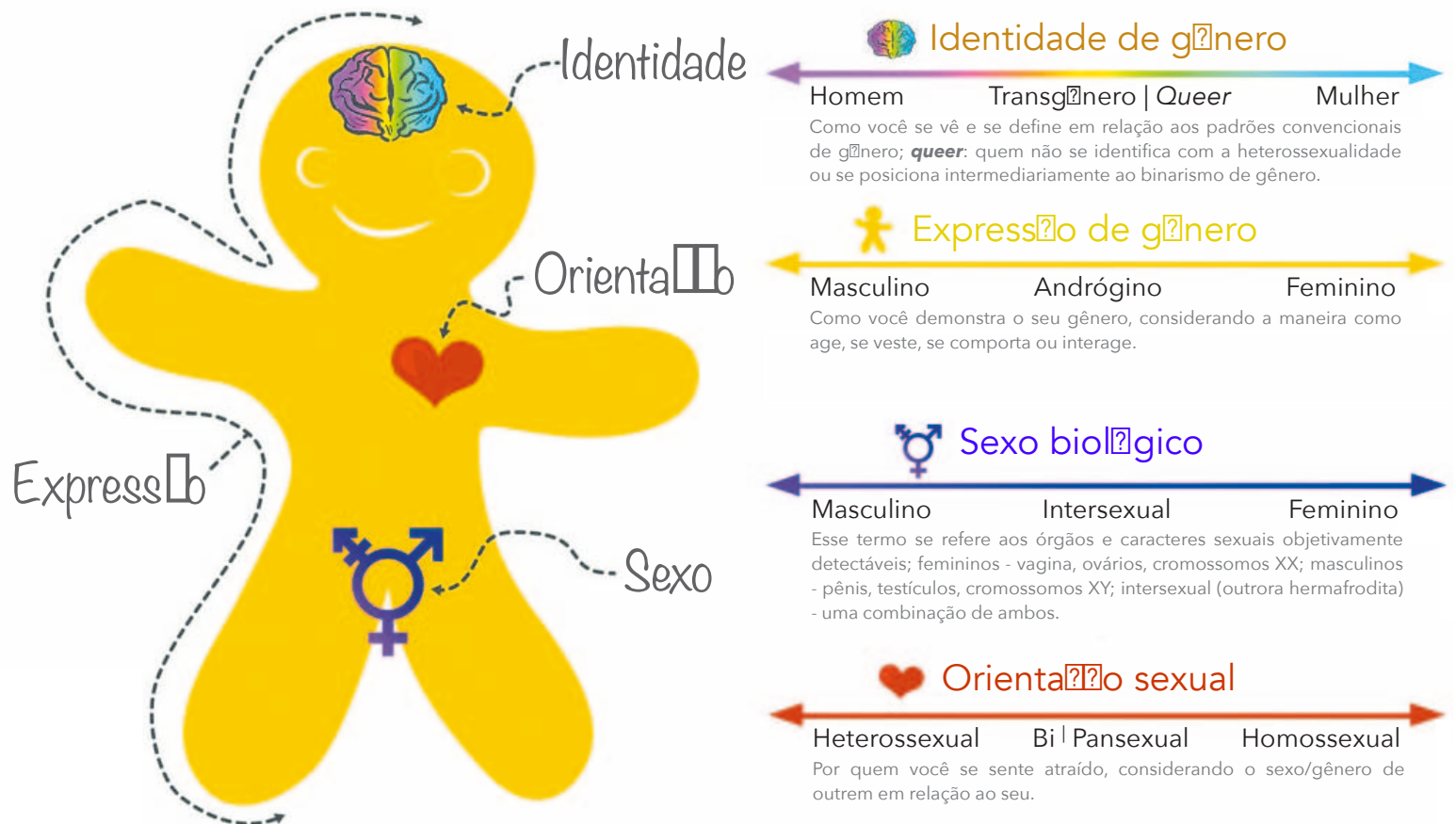
A própria identificação inadequada da condição sexual do parceiro pode ser geradora desses preconceitos.

Em sua grande maioria, mulheres transgêneros são atraentes para homens que se sentem heterossexuais, e que são atraídos pelas formas e comportamento social feminino. No entanto, as relações, vão se tornando mais íntimas e emocionais, provocando um questionamento interno do parceiro, que vivencia um aut preconceito do seu papel na

relação. O conflito vivenciado engloba desde a cultura, a pressão dos amigos e familiares, e tendem a afetar o relacionamento íntimo do casal em questão. É bastante produtivo manter o par frequentando o grupo terapêutico e estimulá-lo a expor tais desconfortos.

Além disso, atuamos também com o trabalho psicoeducacional, uma vez que a complexidade da sexualidade humana, e principalmente das transgeneridades, tende a ser tratada de forma superficial e bastante preconceituosa pela maioria das pessoas. A figura 1.1 ajuda na compreensão dessa questão:

O biscoito genLrico



LGBTQIA = Lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queers, intersex, assexuais/ally

Título original "The genderbread", by itspronouncedmetrosexual.com | tradução : Marcelo Ribeiro | CRATOD | SES

O trabalho social realizado no grupo

O grupo também auxilia os integrantes na busca de um melhor ajustamento social, principalmente no processo de reinserção nos espaços de trabalho, cultura, esportes, convívio social e atividades de lazer.

Em geral, pessoas transgênero têm uma certa resistência à exposição, pois a condição de transexualidade gera uma ansiedade social, produzida principalmente pela exposição a situações de preconceito, agressão e hostilização, tanto de indivíduos, quanto de instituições. Muitos pacientes não apresentam recursos de enfrentamento por não serem empoderados acerca dos seus direitos, adquiridos através dos marcos legais que garantem a sua cidadania, como os descritos abaixo:

- Em resposta às determinações da 13a Conferência Nacional de Saúde, de 2.008, com a inclusão da orientação sexual e da identidade de gênero na análise da determinação social da saúde, o Estado de São Paulo, através do Decreto no 55.588, de 2.010 e o governo federal, através do Decreto no 8.727, de 28 de abril de 2.016, garantem o direito do uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais.
- Deliberação CEE N° 125/2014 - Dispõe sobre a inclusão de nome social nos registros escolares das instituições públicas e privadas no Sistema de Ensino do Estado de São Paulo e dá outras providencias correlatas.
- Lei Federal N° 9.394/1996, Lei Estadual N° 10.948/2001, nos Decretos N° 55.588/2010, N° 55.589/2010, N° 55.839/2010, e na *Indicação CEE N° 126/2014*.
- Educar profissionais de saúde, informando que é direito do indivíduo o cadastro no sistema do Cartão Nacional de Saúde, com o

nome social, de acordo com a Portaria MS no 1.820, de 13 de agosto de 2.009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, onde no Artigo 4o está assim descrito: “Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos. Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação, em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe: I - identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil, sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas”.

A conquista de um trabalho deve ser o desafio de maior importância nesse processo. Mostrar documentos incongruentes com a autoidentidade já constitui um problema fundamental: a dor de ter que, publicamente, admitir que não é o que sente e pensa, e ser reconhecido nessa condição pode ser desesperador.

Portanto, auxiliar o paciente a procurar uma atividade remunerada em que possa exercer a identidade social é um trabalho multiprofissional, e não apenas de assistência social, para que as angústias desse processo sejam tratadas de modo que o paciente possa reorganizar-se enquanto vivencia essa experiência.

O empoderamento de pessoas LGBTQIA deve melhorar suas perspectivas de vida,

de trabalho e de relacionamentos interpessoais. Para tanto, também são utilizados recursos da terapia cognitivo-comportamental, buscando desenhar um novo padrão de crenças, que venha a dilatar os limites autoimpostos pela realidade. O reconhecimento de práticas religiosas menos discriminatórias, de ambientes de trabalho que promovam o respeito à diversidade, e de programas culturais que possam aumentar o repertório e redefinir os limites anteriormente impostos pela percepção da discriminação.

“Se eu não fosse travesti, eu teria sido assistente social” K.M., paciente do grupo da diversidade. A frase pronunciada pela paciente numa das sessões de grupo demonstra claramente a autolimitação imposta por ela mesma, através da percepção de sua condição pautada na discriminação social.

Morbidades Psiquiátricas Comuns nas Transgêneridades

Há que se compreender de forma ampla as transgeneridades para realizar um projeto adequado que contemple a saúde integral desses indivíduos, considerando que a população de transgêneros tem maior probabilidade de ter outro diagnóstico psiquiátrico relacionado, anterior ao uso de substância (5), desde os transtornos depressivos e de ansiedade, bem como, o de estresse pós traumático e a dependência de álcool e drogas(6).

Em relação aos transtornos de personalidade, Bodlund et al. (1993) relatam que, enquanto na população geral existe prevalência de 10%, entre os transgêneros a cifra é de 26%, sendo os mais encontrados, os transtornos paranoides, esquizotípicos e borderline. Os autores explicam

os resultados encontrados como decorrência das características do desenvolvimento de vida dessa pessoas e como reações à discriminação social e familiar. Os dados são compatíveis com os encontrados por Cohen et al (1997)(7).

Por fim, Coleman e colaboradores (2012), relatando pesquisa realizada com psiquiatras holandeses que trabalham com indivíduos transgêneros, observou que os transtornos de personalidade e de humor, bem como o transtorno dissociativo e o transtorno psicótico, têm grande prevalência nessa população, o que diferencia o prognóstico do tratamento da dependência química e acaba justificando a necessidade de grupo específico e focado nas demandas próprias dessa população(8).

Também está bem documentado na literatura médica o risco aumentado drasticamente para tentativas de suicídio e autoagressão em transgêneros, homossexuais e bissexuais, quando comparado aos heterossexuais.

A exclusão de doenças que podem ser confundidas com o transtorno de identidade de gênero, será útil para um encaminhamento preciso para os hospitais que realizam o diagnóstico e tratamento pré e pós operatório. Para os casos de transexuais, trabalhamos em parceria com CRT/ DST Aids, que além do tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, também oferece um ambulatório de acompanhamento para pessoas travestis e transexuais. PORTARIA Nº 2.803, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013(*), que redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Para tais pacientes pode-se indicar o acompanhamento no processo de hormônioterapia, e realização de procedimentos cirúrgicos, sempre atendendo às prerrogativas legais estipuladas.

As Infecções sexualmente transmissíveis (IST's), Aids e Hepatites Virais no contexto da população LGBTQIA.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu algumas diretrizes para o tratamento da Aids e outras IST's, no Brasil. O panorama atual da Aids demonstra que algumas populações específicas, entre elas, usuários de drogas, homens que fazem sexo com homens, transgêneros e população egressa de sistema prisional estão mais vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis. No caso dos pacientes atendidos pelo CRATOD as especificidades se somam.

É importante ressaltar a necessidade de não estigmatizar mais a população LGBTQIA, que tanto sofreu nos primeiros anos da epidemia de AIDS no Brasil, que apesar da alta prevalência, é principalmente devido à vulnerabilidade social da população em questão que os índices de infecção são fomentados pela prática de sexo desprotegido, mas principalmente pela ausência de cuidados focados e específicos que promovam outras formas de renda e de lazer para essa população, que encontra facilmente abertura na experimentação de drogas e na prostituição, às vezes como única maneira de manter seu autosustento.

O grupo da diversidade exerce papel fundamental na adesão às terapias antibióti-

cas e antirretrovirais para essa população. O fato de, em sua maioria, necessitar de tratamento de uma ou outra doença, fortalece o grupo no sentido de comprometer-se com a dose diária de medicação e com a prevenção continuada(9).

Considerações finais

Dada a percepção de tantas demandas específicas, que endossam a necessidade de um cuidado abrangente e personalizado, o Grupo da Diversidade permitiu resultados pioneiros no tratamento ambulatorial, pois permitiu maior adesão ao tratamento por parte dessa população, um cuidado integral à saúde e eficácia no processo de reinserção social.

É de extrema importância, principalmente no contexto da saúde pública, que espaços de fala sejam criados, permitindo assim a expressão livre e espontânea desses indivíduos, valorizando suas histórias, seus desejos, suas dificuldades, com a garantia de que sejam respeitados em todos os espaços, para promover maior compreensão de suas dinâmicas e assim diminuir os estigmas e preconceitos que marcam suas vivências.

E, por fim, viabilizar o princípio da equidade, contido no Sistema Único de Saúde que prevê a promoção da saúde a partir do indivíduo.

Referências Bibliográficas

1. Fome. BMdDSeCà, Caderno de Orientações Técnicas. Brasília. Atendimento no SUAS às famílias e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas. Caderno de Orientações Técnicas. Brasília, 2016.2016.

2. Lenning E, Buist CL. Social, psychological and economic challenges faced by transgender individuals and their significant others: gaining insight through personal narratives. *Culture, health & sexuality*. 2013;15(1):44-57.
3. Phillips D. Torture and Killing of Transgender Woman Stun Brazil. *New York Times*. 2017.
4. Ahern J, Stuber J, Galea S. Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and alcohol dependence*. 2007;88(2-3):188-96.
5. Reisner SL, Vettes R, Leclerc M, Zaslow S, Wolfrum S, Shumer D, et al. Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: a matched retrospective cohort study. *Journal of Adolescent Health*. 2015;56(3):274-9.
6. Saadeh A. Transtorno de identidade sexual: um estudo psicopatológico de transexualismo masculino e feminino: Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Psiquiatria; 2004.
7. Cohen-Kettenis PT, van Goozen SH. Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(2):263-71.
8. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism*. 2012;13(4):165-232.
9. Pinto VM, Tancredi MV, Alencar HDRD, Camolesi E, Holcman MM, Grecco JP, et al. Prevalence of Syphilis and associated factors in homeless people of Sao Paulo, Brazil, using a Rapid Test. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2014;17:341-54.

C A P Í T U L O

22

O cuidado em grupo – As peculiaridades
do tratamento da mulher dependente química

Erika Pellegrino
Gabriela Felix Teixeira
Marcia Moutinho
Natalia Cunha Batista

A questão do uso e abuso de drogas tem-se tornado uma das preocupações mundiais, sendo enfatizada pela mídia em campanhas eleitorais e em planos orçamentários governamentais. Infelizmente, as políticas públicas vêm se tornando ambíguas muitas vezes, apesar de o tema impor-se no cenário social de maneira crescente.

O cenário atual é configurado pelos valores de medos de subjetivação da pós-modernidade, com livre desenvolvimento da personalidade íntima e da legitimação do prazer. (3). O hedonismo, o individualismo, a redução da carga emocional, a necessidade constante de ser transportado para outro mundo e “esquecer de tudo”, a rapidez das respostas, a volatilização dos sentimentos e o consumo desenfreado são condições atuais que favorecem o uso de substâncias psicoativas. Vive-se a ilusão de que a felicidade é possível e está ao alcance de um objeto. A droga passa a ser sua representante extrema.

No que diz respeito à experiência feminina na drogadição, entende-se que certas particularidades tendem a tornar o sofrimento em que questão diverso daquele decorrente do uso que os homens fazem das drogas. Para Wole E Zilberman (4) é notável que grande parte dos dependentes químicos seja do gênero masculino, mas reconhecem que não se podem negar mudanças nos últimos anos. Apesar disso é notória a carência de pesquisas no segmento feminino. Sabe-se, por exemplo, que homens e mulheres têm motivações, comportamentos e respostas fisiológicas diferentes. Em geral, as mulheres se iniciam através dos companheiros, enquanto os homens o fazem com os amigos.

No caso da dependência do álcool, as mulheres, por serem mais censuradas socialmente, bebem, predominantemente em casa, às escondidas. Os homens já o fazem em público,

em bares, com os companheiros e voltam para casa embriagados. O fenômeno da dependência nas mulheres se dá a partir da ocorrência de eventos significativos, como por exemplo, a morte do cônjuge ou separação, diferentemente dos homens, que não apontam um desencadeamento especial. Na iniciação à cocaína, os motivos femininos passam por depressão, sentimentos de isolamento social, pressões profissionais e familiares. A diferença também se faz notar na expectativa das mulheres quanto à ajuda: elas esperam o tratamento abrangente que vise também suas dificuldades emocionais e de vida, em geral. A questão dos filhos também deixa, a mulher mais dependente financeiramente. O estigma social e a oposição do companheiro também são fatores estressantes. Enquanto a mulher é mais encorajada a procurar ajuda especializada pelos pais e filhos, o homem é estimulado pela companheira.

Quanto à fisiologia feminina, ela é responsável pela maior vulnerabilidade no que se refere a todas as drogas. As mulheres têm mais gordura corpórea, proporcionalmente ao volume de água e apresentam níveis menores da enzima álcool – desidrogenase (enzima que ajuda a metabolizar o álcool ingerido), o que faz com que elas absorvam 30% mais do álcool ingerido do que os homens e apresentem uma alcoolemia maior. Com isso, as mulheres dependentes de álcool ou drogas são mais penalizadas porque têm cerca de 1,5 a 2 vezes mais chances de desenvolverem complicações clínicas (por exemplo, pancreatite, cirrose e neuropatias). Estas quando aparecem, são de forma mais grave nelas do que neles. A mortalidade também é diferente: a idade média de vida delas diminui 15 anos.

Além do acima exposto, devemos considerar os problemas obstétricos e a síndrome fetal pelo uso do álcool, que causa frequentemente má formação, retardo mental e síndrome de abstinência em recém-nascidos.

A importância de um tratamento exclusivo para mulheres

Considerando as características específicas das mulheres na apresentação de um quadro de dependência química, é indispensável que se proponham modelos de tratamento que abarquem tais particularidades. É importante ressaltar que atender a essa demanda específica num CAPS AD não é uma tentativa de segregar ou conceder algum tipo de privilégio a um grupo, mas sim fornecer condições para a própria realização do tratamento em uma população específica. Há amplo respaldo científico provando que tratamentos exclusivos para mulheres levam uma melhor aderência e prognóstico, o que não depende simplesmente da separação por gênero, mas da formulação de estratégias que procurem compreender e dar voz às demandas femininas.

Enquanto grupos masculinos costumam frequentemente levar o foco das discussões à relação com a substância, manejo de abstinência e prevenção de recaídas, as mulheres costumam trazer questões mais amplas, como construção de uma identidade pessoal, auto-estima, desenvolvimento de relações interpessoais ou interação mãe-filho (1). Além disso, há grande necessidade de um espaço seguro para que se possam discutir questões particularmente sensíveis, como abuso sexual, o que é inibido num grupo misto.

A presença de uma equipe multidisciplinar é essencial para um tratamento adequado, direcionado a mulheres. Algumas demandas podem incluir o auxílio no cuidado com os filhos e reinserção social; assistência jurídica, principalmente relacionada a questões de violência contra a mulher ou guarda de filhos; atendimento de famílias; educação sobre sexualidade e planejamento familiar; trabalho com questões ligadas à auto-estima e ao corpo (2).

As abordagens devem atentar também para o fato de que as comorbidades psiquiátri-

cas são mais comuns entre mulheres do que entre homens, o que torna importante a presença próxima do psiquiatra tanto para diagnóstico e manejo, quanto como estratégia de aderência e determinante de melhor prognóstico. Conforme já colocado, a mulher, em geral, começa o uso de substância já associada a contextos de perdas ou separações, muitas vezes como forma de auto-medicação uma condição psíquica fragilizada, como sintomas ansiosos, depressivos ou comportamentos alimentares. Dessa forma, não se pode esperar que seja possível suportar ficar sem a substância de abuso se tais condições subjacentes não forem devidamente tratadas.

Além disso, torna-se essencial pensar em conjunto com uma rede ampliada no território de inserção do serviço, especialmente para garantir acesso à saúde reprodutiva, já que é comum que mulheres dependentes tenham menos acesso aos serviços de saúde da atenção básica como Ginecologia e Obstetrícia, e maior risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, especialmente HIV (1). A aderência ao tratamento também depende diretamente da possibilidade de a mulher contar com um suporte adequado para que possa deixar os filhos enquanto cuida da própria saúde, como uma creche ou um espaço específico, no próprio local de tratamento.

Relato de experiência – Grupo de Mulheres

Compreendendo o contexto da população que realiza tratamento ambulatorial no CRATOD, que em sua maioria é composta por pacientes do gênero masculino, alguns profissionais observaram a necessidade de introduzir no âmbito ambulatorial, espaços que possam acolher as mulheres que estavam em tratamento. Espaços esses que poderiam trazer questões do universo feminino para além da dependência química e que acolhessem as mulheres em

suas especificidades, e que ao mesmo tempo fosse um ambiente de trocas de experiências, de liberdade de expressão e - principalmente - de cuidado para com essas mulheres.

Assim surgiu o grupo de mulheres, já existente no CRATOD há muitos anos, no intuito de subsidiar um suporte psicossocial, compreender as questões que envolvem o cotidiano feminino e ser um momento de acolhimento entre as próprias participantes. O grupo acontece semanalmente, às quartas-feiras, no período da tarde, com todas as mulheres que estão em tratamento ambulatorial no CRATOD e que se interessem pela participação no grupo, de acordo com o seu projeto terapêutico singular, elaborado junto a sua equipe e profissional de referência. Trata-se de um grupo aberto, porém apenas para o público feminino. Atualmente ele é coordenado por uma técnica assistente social, uma psicóloga e uma psiquiatra, que atuam de maneira a facilitar o desenvolvimento do grupo e organizar as atividades, além de orientar as discussões do próprio grupo. Tal grupo já foi coordenado, em outros momentos, por outros profissionais, sem deixar de ter a característica acolhedora existente ainda hoje.

Devido à dinâmica da atividade, não existe uma terapêutica específica pré determinada. Os temas permanecem sempre livres e as pacientes fazem a escolha, como relacionamentos, família, responsabilidades, papel da mulher na sociedade, preconceitos, estigmas, uso abusivo de substâncias psicoativas, entre outros. Em alguns momentos é combinado qual será o assunto elaborado na semana seguinte e a discussão é incentivada através de vídeos disparadores, músicas e textos. Conforme o andamento do grupo, também se realizam algumas atividades diferenciadas que envolvem passeios em museus, cinema e teatro, e por vezes acontece de realizarmos a reunião do grupo na residência de uma paciente, que recebe o grupo

com um delicioso acarajé, devido ao fato de ser, no caso, uma cozinheira bahiana.

De acordo com o tema abordado, também é feito o convite para que profissionais do próprio serviço ou de outras áreas colaborem, trazendo orientações específicas de saúde, como, por exemplo, a atuação da odontologia e nutrição, cada uma atuando dentro de sua especificidade, mas abrangendo as necessidades femininas. Além disso, outras atividades podem ser organizadas, como o “dia da beleza”, em que cada participante traz o seu material de cuidados pessoais e utiliza suas habilidades para cuidar uma das outras, como cabelo, maquiagem e manicure. Além de dias comemorativos como dia das mulheres, dia das mães e luta pelo fim da violência, com a elaboração de cartazes, discussões direcionadas e, no final, uma confraternização com alimentação dividida entre as participantes. São grupos que falam de assuntos desde receitas culinárias à sexualidade.

Durante o processo do grupo, as participantes criam laços de afetividade e utilizam desse espaço como um ambiente acolhedor, de troca de experiências, de opiniões, pois é nesse espaço que podem relatar suas experiências e se identificar com outras histórias de vida, que muitas vezes envolvem sofrimento, mas também alegrias e conquistas.

Observamos que os grupos são flutuantes, em que cada período se formam subgrupos de 6 a 10 mulheres, que participam da atividade por um tempo indeterminado, assim como no tratamento em si, e que se desfazem na medida em que tais mulheres conseguem reorganizar suas vidas e reassumir seus papéis na sociedade. E, em seguida, um novo grupo se forma.

Também observamos que esse grupo se torna uma referência para essas mulheres, visto que muitas vezes, elas precisam retomar ao grupo em momentos futuros, seja para desabafar, serem acolhidas pelas outras participantes e equipe ou

receber orientações. Depois não retornam mais para o grupo, talvez sendo este um momento de fuga da situação que as incomoda, de alívio e de apoio para outras pessoas que também vivem as mesmas situações de vida e com as quais se identificam. Existe nesse grupo, a sensação de pertencimento, o que é fundamental para a formação do vínculo terapêutico.

As mulheres que participam e se identificam, de fato, se sentem pertencentes ao grupo, relatam suas experiências de vida, esperando que as companheiras possam trazer uma palavra de consolo ou que também possam ouvir outras histórias parecidas com a sua. Muitas vezes essas mulheres se reconhecem nessas histórias e buscam o conforto junto a de quem não irá julgá-las. A principal regra desse grupo é o respeito e a participação.

Considerações finais

Diante dos poucos espaços institucionais de cuidados específicos para as mulheres, compreendemos a importância da existência de um grupo de mulheres que consigam criar esse espaço acolhedor, com a intenção de trazer temas que muitas vezes essas mulheres nunca pude-

ram discutir ou ser ouvidas. As participantes do grupo de mulheres são pessoas que vivem diversas situações de vulnerabilidade, tanto pela condição social, em que a mulher é a mãe, a esposa, a dona de casa, responsável pela renda da família e, nesse contexto ainda incluímos a dependência química. Mulheres essas que sofrem os preconceitos impostos pela sociedade, tanto no âmbito da relação de gênero quanto da situação de dependência química e que, ainda, necessitam lidar com suas questões de saúde física, emocional e social, com seus próprios medos e anseios, e além do mais, ainda cuidar da casa, dos filhos, do (a) companheiro (a) e da efetivação no mercado de trabalho. São mulheres que são violentadas diariamente e que muitas vezes somente encontram um espaço como o grupo de mulheres para serem ouvidas e respeitadas.

Apesar da característica acolhedora de ser um espaço para a livre expressão de sentimentos e de haver uma psicóloga presente no desenrolar dos encontros, esse grupo não se caracteriza como um espaço de psicoterapia. O grupo de mulheres se mostra funcional e terapêutico, mas não tem a intenção de suprir essa necessidade, sendo necessário pensarmos em um espaço específico para entender essa demanda, muitas vezes, trazida por elas.

Referências Bibliográficas

1. Brasiliano, S. - Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares: perfil e evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química. Tese. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2005.
2. Brasiliano S, Hochgraf PB. Drogadicção feminina: a experiência de um percurso. In: Silveira DX, Moreira F, editores. *Drogas, dependência e sociedade*. São Paulo: Atheneu; 2005a
3. Lipovetsky. A terceira mulher: permanência e revolução do feminino. São Paulo: Companhia das letras, 2000 . 340 p.
4. Wolle CC, Zilberman ML, IN: Diehla., Cordeiro DC, Laranjeira R. (org.) . Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre : Artmed, 2011, p: 375 - 382

C A P Í T U L O

23

A prática da Redução de Danos no contexto
CRATOD e Cracolândia

Fabio Carezzato
Raquel Cleide da Mota Carvalho

A Redução de Danos como prática no campo do uso de substâncias psicoativas foi introduzida no Brasil a partir do trabalho de equipes de prevenção da disseminação do HIV, preocupados com a transmissão a partir do compartilhamento de seringas por usuários de drogas injetáveis, além da transmissão sexual nesta população que, intoxicada, se expunha a mais riscos.

A epidemia de AIDS serviu para se repensar as estratégias que estavam sendo utilizadas para lidar com os riscos do uso problemático de drogas visto que o alastramento da contaminação por HIV levantou “suspeita crescente de que as estratégias que nós adotávamos para lidar com o uso de droga haviam exacerbado os problemas relacionados ao uso ao invés de tê-los melhorado” (O’Hare in Reale, 1997)(1)

Porém a tarefa de agir nas cenas de uso se mostrou complexa e muito diferente das práticas comuns das equipes de saúde. Assim foi necessário juntar esforços com diversas áreas do conhecimento como a antropologia, com sua experiência de trabalho de campo, para poder acessar a variedade de contextos e as vulnerabilidades envolvidas nesta empreitada. Os trabalhos de Fabio Mesquita (1994), em Santos(2) e Tércisio Andrade, em Salvador (1996)(3), são exemplos de iniciativas pioneiras que aprimoraram a forma de trabalhar com esta população. Em São Paulo tivemos a experiência do Programa Permanente de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas (PPUID-SP) e, após alguns anos, o Ministério da Saúde incluiu a Redução de Danos nas diretrizes dos tratamentos para usuários problemáticos de substâncias.(4)

A partir destas experiências tentou-se determinar o que seria uma política de redução de danos para usuários de drogas. Talvez por este motivo que o próprio termo “Redu-

ção de Danos” (RD) esteja relacionado, no imaginário da maior parte da população, com a prática de distribuição de seringas. Outra ideia que vem à cabeça na maioria das pessoas, quando se fala em RD, é o uso de drogas “mais leves” para diminuir o consumo problemático de drogas consideradas “pesadas”. Porém, como se discutirá a seguir, esta estratégia não se define como um arsenal de práticas, como algumas linhas tendem a propagar, mas sim como uma postura na abordagem do usuário problemático de drogas.

Um primeiro princípio desta iniciativa é que os objetivos do tratamento passam a ter como foco os danos associados ao uso de drogas e não mais a todo e qualquer uso de substâncias psicoativas (1). Assim já se caminha para que cada tipo de consumo seja contextualizado no caso singular da pessoa que procura ajuda. A singularidade é outro pilar importante desta estratégia.

A partir deste conceito é possível começar a compreender porque não se entende a redução de danos como um conjunto de práticas determinadas. Dependendo de como é construída a intervenção, a troca de seringas, por exemplo, pode não ser considerada como redução de danos, enquanto uma conduta que poderia ser entendida como rigorosa, como uma internação, pode ser vista como parte desta estratégia. A diferença fundamental será a abordagem e o peso atribuído à voz do usuário.

Por exemplo, quando as pessoas que fazem uso de drogas chegam ao CRATOD (Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas) em busca de tratamento, é muito comum o pedido por internação. No entanto, a maioria dos casos que apresentam um histórico de uso abusivo e/ou dependência de drogas, não apresentam uma indicação para tratamento hospitalar. Ao mesmo tempo, para se ofertar outras possibilidades como

a atenção e o cuidado em CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas) no próprio CRATOD, identifica-se que seria importante que estas pessoas pudessem contar com uma estrutura de acolhimento que favorecesse a permanência no tratamento e sua proteção. É mesmo que a internação seja direcionada para ser a primeira estratégia terapêutica, ela não se esgota em si, sendo necessárias outras retaguardas para garantir o cuidado integral do usuário.

Para além do histórico de uso de substâncias psicoativas, estas pessoas relatam suas histórias de vida e, comumente, surgem na escuta episódios de opressão, sofrimento, humilhações, rompimento das relações familiares, vítimas de diferentes formas de violência. A maioria dos casos são de negros em situação de rua e, ao ouvir seus relatos, há a clara impressão de que por trás do pedido de internação está um pedido de um lugar para ir, um lugar para se proteger, para ocupar, além do espaço da rua. Pedem, talvez, um lugar para existir dentro da sociedade. Não é por acaso que o primeiro passo de um tratamento muitas vezes é auxiliar estas pessoas a conseguir novamente seus documentos. Outra intervenção inicial é encaminhá-las para locais de retaguarda social. As possibilidades de oferta, para a maior parte deles, são os Centros de Acolhida, serviços de acolhimento de alta complexidade, tipificados no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que visam garantir a proteção integral de indivíduos em situação de risco pessoal e social, ofertando acolhimento com privacidade, na perspectiva do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, com a proposta de se constituir como um serviço adequado de acordo com as especificidades do público atendido: crianças e adolescente; adultos e famílias; jovens e adultos com deficiência; idosos; mulheres em situação de

violência. (5). No entanto não são planejados para o acolhimento de pessoas que fazem uso de drogas, além de haver uma falha na rede intersecretarial, quando se trata da discussão e manejo acerca desta população específica. Além disso, alguns destes Centros de Acolhida são espaços constituídos por grandes estruturas precárias, dentro das quais ocorrem episódios de violência e uso de drogas.

É possível entender a oferta de lugares nestas condições por uma idéia prevalente de que, pelo fato de os usuários estarem em situação de vulnerabilidade extrema, o investimento em condições mais confortáveis seria um desperdício, seja porque para essas pessoas qualquer coisa serve, ou seja por entender que os próprios clientes destes estabelecimentos degradariam o ambiente com seus hábitos ou presença. Compreende-se que tal postura é consequência da complexidade da abordagem tanto da dependência química quanto da situação de rua, que gera compreensões estigmatizantes e achata as individualidades de cada uma dessas pessoas, enxergadas como sendo todas iguais.

Neste sentido, ao se debruçar a pensar sobre as formas de cuidado que ofertamos aos usuários, cabem as perguntas: “Será que ouvimos os principais envolvidos no cuidado? Será que pensamos em estruturas que atendam a demanda dos nossos usuários? Será que ouvimos os usuários?”

Como colocado no início do texto, a premissa da redução de danos é o tratamento singular de cada uma dessas pessoas, respeitando suas individualidades, tanto de caráter como de contexto de uso de substâncias e demandas de tratamento. Para isso, leva-se em conta uma das premissas de atuação em saúde pública, a da atenção básica, que é conhecer o seu território adstrito. Porém visualiza-se que poucos se debruçam a dialogar

e conhecer o território próximo ao CRATOD, onde está localizada uma das maiores cenas de uso de drogas da cidade de São Paulo, a chamada “cracolândia”.

Neste local, além dos usuários, se fazem presentes alguns profissionais da Saúde, Assistência Social e Segurança Pública, além de voluntários e trabalhadores sociais de diversas entidades. Os representantes do serviço nesta cena de uso são os Conselheiros em Dependência Química, que realizam seu trabalho na região da Luz, onde está situado o maior fluxo de usuários e recentemente as Equipes de Consultório na Rua.

Um caminho para que se possa compreender melhor tal área de atuação e contribuir para programas de saúde pública mais eficientes seria melhor trilhado se houvesse integração entre os Conselheiros nas equipes que consultam os UDs, incluindo na discussão os relatos dos conselheiros sobre o que eles veem na rua, escutam dos usuários, podendo acrescentar suas impressões sobre a variedade de ofertas de cuidado e tratamento. Como estes são os únicos técnicos do CRATOD que atuam diretamente na cena de uso, sua vivência de cena de uso carrega uma preciosa experiência de aspectos de vida e práticas de uso dos pacientes que utilizam nosso serviço e que não deveria ser desperdiçada; através deles é possível aumentar o conhecimento da cracolândia, a partir um diálogo aberto a partir do qual se podem construir intervenções ajustadas às necessidades melhor identificadas. Outra possibilidade seria aumentar a participação da equipe em trabalhos de rua neste ambiente, ampliando as possibilidades de escuta das equipes às demandas específicas da população-alvo deste serviço.

Outra possibilidade para poder construir uma política pública mais eficaz é criar mais espaços em que se possam escutar os

próprios usuários do serviço e as outras pessoas que fazem uso problemático de substâncias, na região. É a partir da demanda destes sujeitos, do entendimento de que não há resposta comum ou manual de tratamento que sirva para todos os casos e de que o respeito aos direitos humanos está à frente de todas as intervenções, é que os programas alcancem maior eficácia e que consigam de fato diminuir os prejuízos causados pelo uso de drogas, sintoma de diversas etiologias biológicas, psíquicas e sociais. A redução de danos considera que entre o consumo problemático de drogas e a abstinência total há uma vasta gama de possibilidades e que é preciso valorizar toda intervenção que diminua riscos à pessoa que faz uso de substâncias, mesmo que seja garantir a presença dela em mecanismos de saúde, independente da redução de consumo.

Tendo isto em mente, no CRATOD, após receber as pessoas encaminhadas para o tratamento longitudinal em CAPS, parte-se para a construção, em conjunto, de um plano terapêutico singular, o PTS, em que metas terapêuticas são estabelecidas a partir do que o sujeito pode bancar e que foram explicitados nos capítulos anteriores. Cobrar de alguém algo muito além das capacidades atuais pode levar à frustração e ao abandono do tratamento, assim como tentar encaixá-lo permanentemente em um programa pré-estabelecido diminui as chances de sucesso. É importante salientar que a demanda da região é extremamente alta e a rotatividade de pacientes no serviço também, de tal maneira que, esses aspectos dificultam a singularização de todos os indivíduos logo na entrada, e o PTS vai sendo construído, portanto, a partir de algumas semanas de vivências no serviço.

Com os grupos de pré-projeto tenta-se identificar as demandas mais urgentes de cada indivíduo que procura a instituição. A

partir da identificação e inclusão das mesmas na elaboração do projeto terapêutico fica mais fácil se formar uma aliança terapêutica com o paciente, primeiro passo fundamental para a adesão e o sucesso terapêutico. Escutar o que traz cada pessoa é a chave para uma assistência que vise o aumento da autonomia e possa contribuir para a diminuição dos riscos que a situação de vulnerabilidade traz para eles.

Após algumas semanas, quando este vínculo com a instituição está mais organizado, progride-se no tratamento com grupos de Projeto em que as metas terapêuticas citadas anteriormente têm maior protagonismo. Mais do que a redução do consumo, nesta fase o objetivo é também recriar laços sociais, atender demandas de saúde geral como consultas odontológicas e com outros especialistas, além de ter um olhar especial para questões afetivas e profissionais que possam reintegrar o sujeito e a sociedade. Vale ressaltar novamente que este processo deve ser conduzido de forma singular: conseguir emprego ou reatar com familiares pode não ser o objetivo destes sujeitos. Ou então, como ocorre muitas vezes, em conjunto com a equipe se decida que este não é o momento para tais projetos. Respeitar o tempo do sujeito (6) e o que ele dará conta de suportar em seu tratamento, são estratégias fundamentais para o cuidado e fortalecimento dos vínculos terapêuticos, que sustentarão o avanço na reorganização de outros aspectos que este sujeito considere prioritários em sua vida.

Pressupõe-se que o cuidado na clínica de álcool e drogas está embutido em uma clínica artesanal, singular, em que é possível seguir por diversos percursos de relação, não se tratando de uma clínica matemática, rígida, com resultados previstos, tratando ao contrário, de uma clínica que se dá em movimento, peripatética(7), no movimento terapêutico en-

tre o profissional de referência e o sujeito, entre o sujeito e as possibilidades sociais existentes para ele e entre esses protagonistas e a vida.

Muitos sujeitos em tratamento no CRATOD classificam os profissionais de referência como “amigos”, por tentarem constituir com o usuário uma aliança terapêutica de forma horizontalizada, que acompanha as dificuldades diárias destes sujeitos que lidam diariamente com tantos rompimentos sociais, mas também participam de conquistas importantes, dentre estas, o fortalecimento de outras relações sociais, e a motivação para novos projetos de vida. O profissional de referência é, ao mesmo tempo, um “Amigo Terapêutico” (7), mas também alguém estratégico, que orienta e aconselha o sujeito nas etapas que este escolheu percorrer durante seu tratamento.

A equipe do CRATOD é composta por uma diversidade de profissionais, dentre eles, dentistas, infectologista e nutricionista, profissionais diferenciados na composição de um CAPS AD, mas que se mostram como fatores motivacionais e que favorecem a adesão do usuário ao tratamento, por oferecerem intervenções e procedimentos que correspondem às múltiplas e complexas necessidades de saúde que se acumulam ao longo da vida de pessoas que permaneceram em situação de alta vulnerabilidade.

Para pensar na implantação de um CAPS Álcool e Drogas deve-se levar em conta a importância de se pensar numa clínica do cuidado, mas também em quem serão os profissionais que irão compô-la, pensando em um grupo de categorias profissionais que dialogue com o território e com o contexto social existente neste. Pensar na implantação de um CAPS AD no interior é diferente daquele que deve ser pensado para a “cracolândia”, território de tantas adversidades e contradições, tantas disputas e encontros, uma cidade visível e invisível ao mesmo tempo.

Referências Bibliográficas

1. Mesquita FC, Bastos FI (Org) *Drogas e Aids: Estratégias De Redução De Danos*. São Paulo: HUCITEC, 1994
2. Andrade TM. *Condições Psicossociais e exposição ao risco de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis em uma comunidade marginalizada de Salvador*. (Tese de Doutorado). Escola de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1996.
3. Olievenstein C. *O sofrimento do indivíduo desintoxicado*, In: Olievenstein C. *O destino do toxicômano*. São Paulo, Almed, 1985.
4. Reale D. *O caminho da redução de danos associados ao uso de drogas: do estigma à solidariedade*. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997.
5. São Paulo (Estado). Fundo Social de Solidariedade do Governo do Estado de São Paulo - FUSSESP. *Programa Permanente de Prevenção ao uso Indevido de Drogas (PPP): Ações Preventivas*
6. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Sistema Único de Assistência Social. Serviço de Acolhimento Institucional, Brasil, 2009. Disponível em: http://www.mds.gov.br/suas/guia_creas/alta-complexidade/servico-de-acolhimento-institucional. Acesso em: 14jul 2017.
7. Prefeitura de São Paulo Assistência Social. Smads. Portaria 46/2010 – Dispõe sobre a Tipificação da Rede Socioassistencial do Município de São Paulo e a Regulação de parceria operada por meio de convênios. São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/046_portaria_1298488134.pdf. Acesso em: 14 jul 2017.
8. Lancetti A. *Clínica Peripatética*. São Paulo, Hucitec, 2011.

CAPÍTULO

24

Manejo de Contingência Contexto do CAPS

Ariadne Ribeiro
Alisson Paulino Trevizol
Marcelo Ribeiro

Introdução

Embora os números referentes ao uso de crack pareçam pequenos (0,8% da população)¹, ele é, entre as drogas ilícitas, a substância que mais estimulou a procura por tratamento nos últimos anos, no Brasil⁽²⁾. Hoje, a dependência de crack é a causa mais prevalente de internação por uso de cocaína no país ⁽²⁾. Soma-se ao fato de que o impacto do consumo de crack sobre o usuário é extremamente devastador. O uso de crack tem um potencial muito maior de causar dependência quando comparado a usuários de cocaína (média de cinco meses após a primeira utilização), seu usuário tem maior probabilidade de viver ou ter estado em situação de rua e engajar-se em atividades de caráter ilegal ⁽³⁾. Conseqüente a isto, o índice de mortalidade do usuário de crack é sete vezes maior que a do resto da população⁽⁴⁾. Em estudo nacional de acompanhamento de dependentes de crack que haviam sido previamente abordados em regime de internação, observou-se, no seguimento de cinco anos, uma considerável mortalidade (17,6% entre 131 pacientes)⁽⁴⁾. Foi observado como *causas mortis* mais frequentes: complicações decorrentes da infecção pelo vírus da Imunodeficiência humana (HIV) e homicídio⁽⁴⁾. Deste modo, observa-se o quanto dependentes de crack estão expostos a situações de alto risco para sua integridade física. Nos centros das principais cidades do Brasil é comum ver milhares de indivíduos com padrões de dependência de crack bastante grave, geralmente com baixas condições socioeconômicas, reunindo-se em locais específicos para consumir crack. Na cidade de São Paulo, mais de 30.000 dependentes de crack podem ser vistos todos os dias consumindo crack ao ar livre, em uma região específica da cidade, também chamada de “Cracolândia”⁽⁵⁾. A maioria vivendo

em situação de rua, muitos estão desempregados, apresentam comorbidades psiquiátricas severas, são expostos a situações de alto risco e se envolvem com frequência em várias atividades ilegais⁽⁵⁾.

A gravidade da dependência de crack, as péssimas condições socioeconômicas e a falta de apoio familiar fazem com que esses indivíduos sejam considerados pela população brasileira como os usuários de drogas mais graves e difíceis de serem tratados, inclusive para HIV e outras IST's. Entretanto, devido a diversos fatores incluindo intolerância, má adesão ao tratamento, uso prévio de esquemas inadequados e, mais raramente, resistência primária, uma parcela desses pacientes apresenta falha terapêutica; além disso o uso de crack pode interferir no sistema imunológico, incluindo progressão da doença e aumento da letalidade, também em função do potencial dano cognitivo, o uso de crack pode interferir na tomada de decisão e no estilo de vida. Além disso, a maioria destas pessoas não querem procurar tratamentos-padrão vigentes no Brasil, e para aqueles que os procuram, o abandono precoce do tratamento é a regra e não a exceção, o que acaba proporcionando aos pacientes a resistência viral do HIV ao tratamento oferecido, e tem contribuído muito para que essa população tenha números cada vez mais expressivos em termos de na mortalidade⁽⁶⁾.

Programa de Manejo de Contingência - Incentivos Motivacionais.

Um tratamento psicossocial baseado em princípios do comportamento operante chamado de Manejo de Contingências (MC) tem sido amplamente aplicado nos EUA. Em resumo, as intervenções baseadas em MC propõem oferecer

recompensas sistemáticas (como vouchers com algum valor monetário) contingente à emissão de comportamentos-alvo específicos (verificação objetiva de abstinência)(7). O princípio por trás deste tratamento comportamental sustenta que essas recompensas podem atuar como reforçadores dos comportamentos-alvos específicos (incompatíveis com a droga como resposta), tais como a manutenção da abstinência. Estudos sobre MC apresentam metodologia rigorosa, são eficazes no tratamento de um grande número de substâncias (incluindo o crack) para diversas populações (moradores de rua, portadores de HIV, indivíduos com outros diagnósticos psiquiátricos graves). Dentre os resultados desejáveis obtidos pelos tratamentos a base de MC estão: a abstinência continuada(7) e a adesão ao tratamento antirretroviral em pacientes multirresistentes(8).

As evidências de eficácia das intervenções a base de MC são tão robustas e encorajadas pelos maiores centros de pesquisa em dependência do mundo: National Institute on Drug Abuse - NIDA - NIDA, que desenvolveu um manual descrevendo como aplicar o MC nos serviços ambulatoriais especializados em dependência de cocaína (Budney e Higgins, 1998). Em 2007, o United Kingdom's National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE – sugeriu que o tratamento por MC fosse absorvido pelos serviços que oferecem tratamento para transtornos por uso de substância (Pilling et al, 2007.).

Com o auxílio do NuPe, (Núcleo de Pesquisas do CRATOD), serão desenvolvidos ensaios clínicos randomizados entre pacientes usuários de crack, que tenham sorologia positiva para HIV, para comparar a eficácia do tra-



Espaço de triagem e coleta de testes rápidos CRATOD.

tamento antirretroviral associado ao MC, no sentido de oferecer uma estratégia de adesão mais eficaz para essa população que tem sido reconhecida como a mais difícil de tratar.

O objetivo dessas ações vai desde avaliar a eficácia da introdução do Manejo de Contingências em reduzir o consumo de crack, até a eficácia da introdução do Manejo de Contingências em promover abstinência continuada para crack e finalmente avaliar a eficácia da introdução do Manejo de Contingências em promover a adesão do paciente HIV positivo ao tratamento antirretroviral.

Tratamento padrão:

Os participantes receberão o tratamento padrão oferecido pelo CAPS CRATOD. Eles também serão incentivados a deixar amostras de urina para avaliação do consumo de cocaína/crack dois dias por semana, bem como através de marcadores do inibidor de protease contido na medicação antirretroviral dispensada (segunda-feira ou terça-feira e quinta-feira ou sexta-feira), sendo que tal procedimento não levará mais do que 10 minutos. Nenhuma forma de incentivos monetários será dada ao grupo controle, apesar do resultado toxicológico.

Após 12 semanas de estudo e 12 semanas de seguimento, os participantes serão encorajados a se submeterem ao tratamento experimental.

Tratamento Experimental:

Os participantes do Grupo Experimental receberão exatamente o mesmo tratamento acrescido de MC. Assim como o grupo controle, eles também serão incentivados a deixar amostras de urina para avaliação do consumo

de cocaína/crack dois dias por semana, bem como através de marcadores do inibidor de protease contido na medicação antirretroviral dispensada (segunda-feira ou terça-feira e quinta-feira ou sexta-feira), sendo que tal procedimento não levará mais do que 10 minutos.

As amostras negativas para uso de substância são premiadas com Vouchers que podem ser utilizados pelo paciente após o término de um período pré-estabelecido, o mesmo procedimento também é adotado quando a amostra de urina comprova o uso de medicação antirretroviral de maneira adequada.

Os Vouchers serão trocados por bens presentes na comunidade, como passagens de ônibus e bilhetes de metrô, vale-alimentação, cartões de telefone, pagamento de contas (contas de água, gás e eletricidade), cestas básicas, roupas e outras mercadorias consideradas adequadas ao tratamento. Os vouchers não serão trocados por cigarros ou álcool. Os pacientes podem pedir para trocar os seus vouchers por bens em cada consulta. Os produtos estarão disponíveis em, no máximo, um dia após terem sido solicitados. Todos os bens que podem ser armazenados na unidade de estudo, tais como bilhetes de ônibus e metrô, vale-refeição e cartões telefônicos, serão entregues imediatamente. Os pacientes poderão decidir acumular os vouchers para obter bens mais caros. No entanto, será necessário que os participantes deixem uma amostra negativa para crack/cocaína no dia em que desejarem comprar qualquer mercadoria.

Caberá as mini-equipes de referência do CAPS decidir se os bens solicitados representam qualquer risco para os pacientes ou para outra pessoa e, portanto, decidir se o paciente poderá ou não comprar determinada mercadoria.

Referências Bibliográficas

1. Abdalla RR, Madruga CS, Ribeiro M, Pinsky I, Caetano R, Laranjeira R. Prevalence of cocaine use in Brazil: data from the II Brazilian national alcohol and drugs survey (BNADS). *Addictive behaviors*. Jan 2014;39(1):297-301.
2. Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de saude publica*. 2008;24 Suppl 4:s545-557.
3. Ferri CP, Gossop M, Rabe-Hesketh S, Laranjeira RR. Differences in factors associated with first treatment entry and treatment re-entry among cocaine users. *Addiction*. 2002;97(7):825-832.
4. Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Dias AC, Laranjeira R. Causes of death among crack cocaine users. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*. Sep 2006;28(3):196-202.
5. Ribeiro M, Duailibi S, Frajzinger R, et al. The Brazilian 'Cracolândia' open drug scene and the challenge of implementing a comprehensive and effective drug policy. *Addiction*. Apr 2016;111(4):571-573.
6. Maartens G, Celum C, Lewin SR. HIV infection: epidemiology, pathogenesis, treatment, and prevention. *The Lancet*. 2014;384(9939):258-271.
7. Miguel AQ, Madruga CS, Cogo-Moreira H, et al. Contingency Management Is Effective in Promoting Abstinence and Retention in Treatment Among Crack Cocaine Users in Brazil: A Randomized Controlled Trial. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. Jul 21 2016.
8. Hanson T, Alessi SM, Petry NM. Contingency management reduces drug-related human immunodeficiency virus risk behaviors in cocaine-abusing methadone patients. *Addiction*. Jul 2008;103(7):1187-1197.

CAPÍTULO

25

O Tratamento do Tabagismo
no CAPS CRATOD

Sandra Marques

A abordagem do fumante para a cessação de fumar tem como eixo central intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, visando a cessação e a prevenção de recaída.

O tratamento ao tabagista no CRATOD, além do apoio medicamentoso, prevê o apoio psicoterapêutico, através de terapia em grupos, tratamento individual, avaliação nutricional e odontológica.

Os grupos de tratamento são abertos e realizados através de uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, psicólogo, dentista, nutricionista, farmacêutico). A abordagem tem por base o modelo cognitivo-comportamental, sendo a técnica recomendada para o tratamento do tabagista, tendo como premissa básica o entendimento de que o ato de fumar é um comportamento aprendido, desencadeado e mantido por determinadas situações e emoções, que leva à dependência devido às propriedades psicoativas da nicotina. O tratamento objetiva, portanto, a aprendizagem de um novo comportamento, através da promoção de mudanças nas crenças e a desconstrução de vinculações comportamentais ao ato de fumar, combinando intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais.

Com o objetivo de elaborar um plano de tratamento, o paciente deverá passar por uma consulta, antes de iniciar a abordagem cognitivo-comportamental. Nessa consulta o profissional de saúde deverá avaliar a motivação do paciente em deixar de fumar, seu nível de dependência física à nicotina, se há indicação e/ou contra-indicação de uso do apoio medicamentoso, a existência de comorbidades psiquiátricas, e colher sua história clínica. Com o objetivo de estimar o grau de dependência nicotínica, é realizado o teste de Fagerström, sendo utilizado mundialmente como ferr-

menta de avaliação, em substituição a outros testes bem mais caros, que consomem mais tempo e são invasivos.

O teste de Fagerström consiste em um questionário de seis perguntas de escolha simples. Para cada alternativa das questões do teste, existe uma pontuação. A soma dos pontos permitirá a avaliação do seu grau de dependência de nicotina.

Inicialmente, nos grupos, ocorre a pesagem do paciente, uma vez que a preocupação com o ganho de peso é uma das maiores barreiras para que alguns fumantes tomem a decisão de parar de fumar, ou recaiam após terem parado de fumar. É importante entender que, geralmente, o ganho de peso após a cessação do tabagismo é temporário, sendo que, na maioria dos casos, ocorre nos primeiros meses pós-cessação. Para facilitar a manutenção do peso corporal e aliviar a ansiedade no processo de abstinência o paciente recebe o kit-fissura, ou seja porções de alimentos como cravo, canela em pau, uvas passas, damasco picado, semente de abóbora ou casca de laranja seca no forno. São alimentos ricos em fibras naturais e com sabores que ajudam a reduzir o desejo pelo cigarro. A orientação é que a pessoa masque algum destes ingredientes assim que sentir vontade de fumar. A pessoa deve colocar um desses itens na boca e mastigar quando quiser um cigarro. Os alimentos do kit são de baixo teor calórico e de difícil mastigação, o que ajuda a comer devagar e a não fumar.

Após a pesagem, os pacientes fazem o teste de monoximetria para dosagem de monóxido de carbono no pulmão do fumante, avaliando o grau de intoxicação. A medida da concentração do monóxido de carbono no ar expirado é uma maneira excelente de mostrar aos fumantes o quanto eles estão intoxicados e a motivá-los a interromper este hábito.

As recomendações abaixo estão referendadas na publicação “Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante”, publicada pelo Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Câncer, que por sua vez baseou-se em estudos de meta-análise da literatura mundial, sobre cessação do tabagismo (4).

- Classificação CID 10: F17;
- Diagnóstico Clínico: Critério de Fumante e de Dependência Física à Nicotina:

É considerado fumante o indivíduo que fumou mais de 100 cigarros, ou 5 maços de cigarros, em toda a sua vida e fuma atualmente (5). É considerado dependente de nicotina, o fumante que apresenta três ou mais dos seguintes sintomas nos últimos 12 meses: (6)

- Forte desejo ou compulsão para consumir a substância, no caso, nicotina;
- Dificuldade de controlar o uso da substância (nicotina) em termos de início, término ou nível de consumo;
- Quando o uso da substância (nicotina) cessou ou foi reduzido, surgem reações físicas devido ao estado de abstinência fisiológico da droga;
- Necessidade de doses crescentes da substância (nicotina) para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas, evidenciando uma tolerância a substância;
- Abandono progressivo de outros prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância (nicotina), e aumento da quantidade de tempo necessário para seu uso e/ou se recuperar dos seus efeitos;
- Persistência no uso da substância (nicotina), apesar da evidência clara de consequências nocivas à saúde.

Intervenções e tratamento

Intervenções

As estratégias usadas para o tratamento para a cessação do tabagismo podem ser divididas em intervenções psicossociais e tratamento medicamentoso. As intervenções psicossociais incluem aconselhamento, materiais de autoajuda e as principais teorias utilizadas: Intervenção Breve; Entrevista Motivacional e Abordagem Cognitivo-Comportamental.

Intervenção Breve é um modelo de tratamento mais estruturado, que pode ser aplicado em vários tipos de serviço de saúde, dado o formato simples, sendo que a equipe, uma vez treinada, pode ser constituída por vários profissionais da área da saúde, mesmo não realizando uma abordagem intensiva (8). É uma abordagem, que se bem utilizada, causa forte impacto social, uma vez que alcança um grande número de fumantes. É importante que o serviço de saúde tenha: profissionais capacitados para acolhimento, um bom sistema para identificar e documentar todos os fumantes, bem como suporte de profissionais habilitados para o tratamento de médio e longo prazo, direcionado aos que estão preparados a parar de fumar.

A duração das sessões de aconselhamento variará no tempo de acordo com sua intensidade: mínimas (3 minutos), de baixa intensidade (3 a 10 minutos) e intensivas (10 a 30 minutos de duração), sabendo-se que quanto mais intensiva é a intervenção, melhores os desfechos de longo prazo. Para melhor elaboração da hipótese diagnóstica, avaliação da gravidade do consumo e planejamento do processo de intervenção, sugere-se a aplicação de questionários e escalas. O Questionário de Tolerância de Fagerström para Dependência de Nicotina é de fácil aplicação e avaliação.

Uma estratégia de intervenção breve voltada para o fumante que quer deixar de fumar segue um protocolo de aconselhamento com dois objetivos: orientar aqueles que desejam parar de fumar e motivar aqueles que não querem largar o cigarro: Abordagem Básica - **PAAPA: Perguntar/Avaliar** – Perguntar e Avaliar a história tabágica; **Aconselhar** a abandonar de forma clara e incisiva; **Preparar** para marcar o dia da parada; **Acompanhar** todo o processo da cessação e/ou prevenir a recaída.

A entrevista motivacional (EM) é uma forma de entrevista clínica cujo objetivo é trabalhar e aumentar a motivação do usuário para mudança de comportamento, referente a mudanças de hábitos de vida e adesão a tratamentos. Para isso, assume um espírito colaborativo-evocativo que respeita a autonomia da pessoa. A EM, portanto, nada mais é do que um diálogo entre usuário e profissional da Saúde, que por meio de estratégias bem definidas, traz o indivíduo para o foco do tratamento em questão. A EM possui, para isso, quatro princípios orientadores, que são: 1 - resistir ao reflexo de consertar as coisas; 2 - entender e explorar as motivações do usuário; 3 - escutar com empatia, e 4 - fortalecer o usuário, estimulando a esperança e o otimismo (9).

No atendimento ao paciente aplica-se um questionário de entrevista que tem por objetivo avaliar o fumante quanto à sua dependência do cigarro, assim como a fase de motivação para cessação do cigarro.

As 6 perguntas abaixo darão algumas informações importantes para abordagem inicial do fumante.

1. Você fuma? Há quanto tempo?
2. Quantos cigarros você fuma por dia?
3. Quanto tempo após acordar acende o 1º cigarro?
4. O que você acha de marcar uma data para deixar de fumar? Em caso de resposta afirmativa perguntar: Quando?

5. Já tentou parar? (Se a resposta for afirmativa, fazer a pergunta (6))
6. O que aconteceu?

Pergunta 1: Informa sobre as condições do fumante, assim como o tempo de exposição aos agentes tóxicos do tabaco.

Permite diferenciar experimentação do uso regular. Se o fumante, fuma um número pequeno de cigarros/dia e há pouco tempo (por exemplo, menos de um mês), sugere-se que está em fase de experimentação.

Pergunta 2 e 3: Informam sobre o grau de dependência à nicotina.

Pacientes que fumam 20 ou mais cigarros ao dia e/ou acendem o primeiro cigarro até 30 minutos após acordar, possivelmente, terão mais dificuldades em deixar de fumar, por apresentarem uma dependência química mais intensa, podendo necessitar de uma abordagem diferenciada com apoio medicamentoso.

Perguntas 4 e 5: Informam sobre o grau de motivação para deixar de fumar.

Fumantes que já tentaram ou mostram-se interessados em deixar de fumar serão mais receptivos a essa abordagem.

A resposta a este questionário permite avaliar em que fase motivacional para deixar de fumar encontra-se o fumante, adequando-se assim o processo de intervenção e evitando-se as armadilhas terapêuticas em relação aos estágios de mudança.

Fases motivacionais:

- Pré-contemplação: não está pensando em parar de fumar.
- Contemplação: pensando em parar de fumar algum dia na vida.
- Preparação: pensando em marcar uma data de parada, porém, sem ter ainda uma data definida.
- Ação: quer parar nas próximas 4 semanas.

- Manutenção: parou de fumar.
- Recaída: parou de fumar, mas recaiu.

Pergunta 6: Ajuda a identificar o que ajudou e o que foi um obstáculo para deixar de fumar.

Essas barreiras, uma vez identificadas, devem ser contempladas e superadas na próxima tentativa: fortes sintomas de abstinência, presença de comorbidades psiquiátricas, etc...

Após a aplicação do questionário e de acordo com o grau de motivação, iniciar o aconselhamento do paciente, adaptando o conteúdo da mensagem ao seu perfil, considerar: idade, sexo, comorbidades psiquiátricas e outros.

Abordagem Cognitiva e Comportamental. Grande parte dos tratamentos para tabagismo emprega algum tipo de técnica das terapias cognitivo comportamentais, pois baseia-se na mesma base teórica: a teoria do aprendizado social de Bandura, segundo a qual qualquer uso de drogas é um comportamento aprendido, desencadeado e mantido por eventos e emoções específicos, passível, portanto, de ser modificado. A Terapia Cognitiva-Comportamental auxilia o fumante a identificar gatilhos relacionados ao desejo de fumar, o manejo se faz através de técnicas cognitivas e de modificações do comportamento que tem por objetivo interromper a associação entre a situação-gatilho, a fissura de fumar e o comportamento de fumar. Utilizam-se estratégias para lidar com estresse e afetos, solução de problemas, identificação e manejo dos sintomas da síndrome de abstinência, assim como a prevenção de recaída após a cessação do fumar (1), representando, assim, o alicerce principal do tratamento.

A intervenção medicamentosa aumenta significativamente as chances de o fumante alcançar a cessação completa, mas desempe-

na um papel auxiliar no acompanhamento do indivíduo.

Tratamento

Em 2004 foi iniciada a abordagem para cessação de tabagismo no ambulatório do CRATOD, proposta pelo Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante (2001). A demanda de pacientes não usuários do CAPS AD é espontânea.

Conta com equipe multidisciplinar – Clínico, Enfermeiro, Psicólogo, Nutricionista, Dentista, Fisioterapeuta, Assistente Social e Psiquiatra.

O Objetivo do programa é ajudar os participantes a deixar de fumar fornecendo-lhes todas as informações e estratégias necessárias para direcionar seus próprios esforços nesse sentido, utilizando uma abordagem ativa e pragmática em que os participantes são incentivados a aplicar o que aprenderam com o programa em outros aspectos de sua vida.

Etapas Do Tratamento

1 - Entrevista de Avaliação

A entrevista inicial é individual e direcionada para colher dados sobre a história de uso do tabaco, gravidade do consumo, problemas associados, tratamentos anteriores e para a avaliação do grau de motivação para o tratamento.

Investiga-se:

A rede de suporte social: como é o apoio familiar e social, avaliar se há fumantes em casa e/ou no ambiente de trabalho, se incentivam ou restringem o hábito de fumar.

Comorbidades clínicas: que podem ter relação direta com o tabagismo: câncer, hipertensão arterial, DPOC, diabetes e outras, bem como o histórico de doenças familiares tabaco relacionadas.

Comorbidades psiquiátricas: depressão, ansiedade e abuso ou dependência de outras drogas.

É importante salientar que alguns destes transtornos podem ter seu quadro agravado no início da abstinência, daí a importância do acompanhamento médico psiquiátrico.

2 – Abordagem

A abordagem utilizada é a intensiva que é definida como o contato profissional-usuário superior a 10 minutos de duração, para cada encontro. É a abordagem mais indicada, por apresentar as maiores taxas de sucesso para a cessação definitiva do tabagismo. A principal diferença para a abordagem básica, como o próprio nome sugere, é a intensidade do acompanhamento, disponibilizando um maior período de tempo para análise e discussão dos avanços alcançados, das dificuldades encontradas e das informações relacionadas (1).

A abordagem intensiva é resumida, tal como a abordagem básica, no mnemônico Pa-papa: perguntar e avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar.

A abordagem intensiva pode ser realizada nas modalidades individual ou de grupo, com eficácias semelhantes para a cessação do tabagismo. A depender das condições da equipe de saúde, ambas as modalidades podem ser oferecidas ao fumante que, ao ter opção de escolha, sente-se mais motivado e apresenta maior possibilidade de sucesso para a cessação definitiva do tabagismo.

No ambulatório do CRATOD foi adotada a modalidade em grupo, porque?

O Programa usa a interação do grupo para incentivar e apoiar as mudanças, sem estimular a dependência. O tratamento em grupo tem como uma de suas principais vantagens o fato de possibilitar a troca de experiências entre os participantes. Por outro lado, há de se destacar a necessária habilidade e empatia do profissional para que possa conduzir adequadamente o tratamento em grupo (10).

É importante notar que não é indicada a frequência no mesmo grupo de pessoas com convívio pessoal intenso como relações familiares e relações de trabalho com diferentes níveis hierárquicos, pois pode facilitar a exposição e o conflito dentro do grupo.

A organização de grupos para cessação de tabagismo proposta pelo Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante (2001) e adotada aqui é de quatro sessões estruturadas, com duração de 90 minutos cada e com periodicidade semanal.

Fases do grupo

1. Fase - Triagem / Sensibilização: – A partir do momento em que o paciente é captado é encaminhado ao grupo, para ser melhor informado, cadastrado, avaliado quanto ao seu estágio de motivação e disposição para criar vínculo. Acolhimento. É dada atenção para o início da história clínica desse paciente (como começou a fumar, porque começou, suas expectativas no grupo), seu motivo de procura, disponibilidade para participar, como ficou sabendo desse tratamento. Anamnese estruturada – multidisciplinar. Entrevista motivacional.

2. Fase de sessões: – “o grupo propriamente dito”.

Aqueles pacientes captados, triados e já dispostos à participação em grupo serão encaminhados para esse momento. “O grupo pro-

priamente dito” pois é aí que se concentram os esforços para que o paciente tome a atitude de parar de fumar. Essa fase tem no mínimo 4 sessões com informações básicas a serem discutidas mediante a vivência e a experiência de cada paciente.

As quatro sessões são estruturadas como se segue:

Grupo fechado de 10 a 15 pessoas; uma vez por semana; duração de uma hora e meia; com coordenação de 2 profissionais da equipe.

Cada sessão inclui 4 etapas: (de acordo com os manuais disponibilizados pelo INCA)

- 1 – Atenção individual;
- 2 – Estratégias e informações;
- 3 – Revisão e discussão;
- 4 – tarefas.

Principais pontos a serem trabalhados no grupo terapêutico:

Relação do paciente com o cigarro.

Lugar que cigarro ocupa na vida do paciente
“Luto” pela perda do “amigo”

Construção de nova identidade

Rever aspectos da vida (ou lembranças) que passam a incomodar com a “saída” do cigarro

Re-arranjo da vida atual, expectativas de vida

Conteúdo das sessões:

SESSÃO 1 – Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde ;

É discutido que a nicotina é considerada uma droga e que causa dependência em razão da necessidade física ou psicológica. (o que leva cada um a fumar).

Explicação sobre a ambivalência.

Informação quanto aos métodos para parar de fumar – Parada abrupta ou gradual

(por redução ou adiamento) Tabagismo e o prejuízo à saúde.

SESSÃO 2 – Os primeiros dias sem fumar;

São dadas informações sobre abstinência e sintomas dos primeiros dias após a cessação. (Reforçar os sintomas, principalmente a fissura).

Procedimentos de ajuda para aguentar e amenizar os sintomas: beber água, “kit-fissura”, atividade física e relaxamento corporal

Procurar ocupar-se, relaxar com a respiração ou exercícios de fantasia, ser assertivo (capacidade de expressar o que se sente), ter pensamento construtivo (positivo) e fazer da cessação um momento único de sua vida.

SESSÃO 3 – Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar;

São informadas as melhorias físicas após parar de fumar

Orientação sobre alimentação mais saudável para evitar o ganho de peso

Associações do tabaco com outras substâncias psicoativas (principalmente o álcool); ensinar a planejar suas ações para manter-se sem fumar.

Apoio interpessoal – ex-fumantes podem ser excelentes exemplos para nossos pacientes.

SESSÃO 4 – Benefícios obtidos após parar de fumar.

São informados os benefícios indiretos de parar de fumar (como a autoconfiança)

Explicar o que são Lapso e Recaída; orientação para prevenção, lembrando a regra “evite um cigarro e você evitará todos os outros”.

Planejamento do dia a dia é essencial. Benefícios a longo prazo como diminuição de risco de doenças cardíacas, etc.

3. Fase de Manutenção

Após as quatro sessões iniciais inicia-se acompanhamento posterior, com retornos inicialmente quinzenais, no primeiro mês após o término do grupo, e progressivamente espaçados, a fim de aumentar as taxas de manutenção da cessação, como se vê no cronograma abaixo.

Proposta de seguimento de prevenção de recaída:

- 1º encontro de seguimento – 15 dias
- 2º encontro de seguimento – 30 dias
- 3º encontro de seguimento – 60 dias
- 4º encontro de seguimento – 90 dias
- 5º encontro de seguimento – 180 dias
- 6º encontro de seguimento – 12 meses

Ao contrário das quatro primeiras sessões, nas quais se recomenda uma estruturação prévia, o seguimento de prevenção de recaída pode continuar segundo o modelo de grupos abertos, prescindindo de uma estrutura fixa, cuja função principal seria a promoção de um espaço de apoio mútuo e disponibilidade de informações.

Avaliação e adaptação do modelo de tratamento

Essa proposição de estrutura de grupo requer que cada profissional e equipe adaptem o método à sua realidade e às necessidades da sua comunidade: por vezes será necessário aumentar o número de sessões ou condensá-las, para garantir maior acesso. É essencial que o profissional e a equipe avaliem os resultados encontrados com o modelo de intervenção adotado (1; 11).

Isso posto, ao longo dos 3 primeiros anos de implantação, segundo avaliação, foram identificadas as seguintes dificuldades:

- Muitos abandonavam o tratamento;
- Relatavam grande dificuldade na tentativa de parar, nas primeiras 4 sessões;
- A fila de espera, chegou a 2 anos, por ser grupo fechado.

Com o objetivo de sanar essas dificuldades, reorganizamos e adaptamos esse modelo à nossa demanda e público, ficando assim descrito o Modelo CRATOD:

As adaptações se deram nos modelos dos grupos que passaram a ser abertos. Observe-se o Fluxograma abaixo.



Grupo de Motivação

Tempo de permanência: depende do paciente, mas dura de quatro a seis semanas.

Toda equipe presente: antes do grupo, a cada sessão, são aferidos os sinais vitais, pacientes são pesados e procedem à monoximetria.

São trabalhadas as 4 sessões estruturadas de acordo com as orientações do Caderno de Atenção Básica, Nº 40 – Estratégias para o Cuidado da pessoa com doença crônica e o Cuidado da Pessoa Tabagista, descritos nesse capítulo.

Objetivo:

- Ouvir os pacientes: apresentação de cada um, dúvidas, expectativas, medos, tentativas anteriores...
- Passar informações referentes ao cigarro e ao tratamento
- Incentivar a prestar atenção aos momentos em que o paciente fuma mais
- Refletir sobre o que o cigarro representa na sua vida, lembrar como começou a fumar
- Incentivar a diminuição do número de cigarros fumados
- Preparar os pacientes para marcar uma data de cessação do tabaco.

Quando o paciente marca a data, ele passa em consulta médica, é avaliado e medicado se necessário, e a partir daí é transferido para o grupo de Terapia, às terças feiras.

Grupo Terapêutico:

Tempo de Permanência: De 8 semanas a um ano. Esse grupo será também o de manutenção de presenças quinzenais e mensais após a cessação do cigarro.

Objetivo: Dividido em dois momentos:

- Grupo com demais profissionais: exercícios de respiração e relaxamento com a fisioterapeuta, orientações nutricionais,

agendamento com o cirurgião dentista, avaliação clínica e psiquiátrica, orientações da enfermagem.

- Grupo terapêutico com o psicólogo: cada participante é incentivado a falar de sua semana, partilhar as dificuldades encontradas, as conquistas, e a partir das falas serão trabalhados os aspectos emocionais, as situações de risco, crenças, estratégias para enfrentar fissura...

Tratamento medicamentoso

O tratamento medicamentoso é um coadjuvante e deve ser associado a outros tratamentos, como a psicoterapia. De acordo com o Programa Nacional de Combate ao tabagismo, através da PORTARIA Nº 761, DE 21 DE JUNHO DE 2016 (6), que valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina, sendo que o apoio medicamentoso deve ser utilizado em casos específicos. A utilização de medicamentos deve sempre ser feita juntamente com a abordagem cognitivo-comportamental, e nunca isoladamente.

O uso de medicamentos tem um papel bem definido no processo de cessação do tabagismo, que é o de minimizar os sintomas da síndrome de abstinência à nicotina, facilitando a abordagem intensiva do tabagista. Medicamentos não devem ser utilizados isoladamente, e sim em associação com uma boa abordagem. Dessa forma, o tabagista sente menos ansia ao parar de fumar, e se sente mais confiante para por em prática as orientações recebidas durante as sessões da abordagem intensiva.

Os fumantes que poderão se beneficiar com a utilização do apoio medicamentoso,

serão os que, além de participar (obrigatoriamente) da abordagem cognitivo-comportamental, apresentem um grau elevado de dependência à nicotina, a saber (1):

- a – fumantes pesados, ou seja, que fumam 20 ou mais cigarros por dia;
- b – fumantes que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia;
- c – fumantes com escore do teste de Fagerström, igual ou maior do que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional;
- d – fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito, devido a sintomas da síndrome de abstinência;
- e – não haver contra-indicações clínicas.

Os medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para o tratamento do tabagismo na Rede do SUS são os seguintes:

Terapia de Reposição de Nicotina:

- Adesivo de nicotina: Apresentações: 21 mg, 14 mg e 7 mg;
- Goma de mascar, 2 mg.

Adesivo Transdérmico de Nicotina:

Apresentações: Adesivos Transdérmicos de Nicotina com 7 mg, 14 mg e 21 mg.

Posologia:

- Pacientes com escore do teste de Fagerström entre 8 a 10, e/ou fumantes de mais de 20 cigarros por dia, utilizar o seguinte esquema:
Semana 1 a 4: adesivo de 21mg a cada 24 horas;
Semana 5 a 8: adesivo de 14mg a cada 24 horas;
Semana 9 a 12: adesivo de 7mg a cada 24 horas.

Duração total do tratamento: 12 semanas.

- Pacientes com escore do teste de Fagerström entre 5 a 7, e/ou fumantes de 10 a 20 cigarros por dia e fumantes de seu 1º cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar, deverão utilizar o seguinte esquema:

Semana 1 a 4: adesivo de 14mg a cada 24 horas;

Semana 5 a 8: adesivo de 7mg a cada 24 horas.

Duração total do tratamento: 8 semanas.

Orientações para o uso do adesivo de nicotina:

O adesivo deve ser aplicado na pele, fazendo um rodízio do local da aplicação a cada 24 horas. Evitar colocar na região onde tem pelos. A região deve estar protegida da exposição direta do sol, porém, não há restrição quanto ao uso na água. Deve-se parar de fumar ao iniciar o medicamento. A dispensação desse medicamento deve ocorrer mediante prescrição.

Goma de Mascar de Nicotina:

Apresentação: goma de mascar em tabletes com 2 mg de nicotina

Posologia:

Semana 1 a 4: 1 tablete a cada 1 a 2 horas (máximo 15 tabletes por dia);

Semana 5 a 8: 1 tablete a cada 2 a 4 horas;

Semana 9 a 12: 1 tablete a cada 4 a 8 horas.

Duração total do tratamento: 12 semanas.

Orientações para o uso da goma de mascar de nicotina:

Mascar um tablete por vez. Para que o medicamento seja eficaz, o paciente deve ser orientado a mascar a goma com força algumas vezes, até sentir o sabor de tabaco. Nesse momento ele deverá parar de mastigar e re-

pousar a goma entre a bochecha e a gengiva por alguns minutos para, em seguida, voltar a mastigar com força, repetindo esta operação por 30 minutos, após os quais poderá jogar fora a goma de mascar. Também deverá ser orientado a não ingerir nenhum líquido, mesmo que seja água, durante a mastigação da goma. As gomas de nicotina são bem mais duras que as gomas de mascar comuns. Por isso, a pessoa precisa ter os dentes bem firmes e saudáveis para poder usar gomas de nicotina. É necessária a avaliação odontológica para prescrição.

Não - Nicotínicos:

Cloridrato de Bupropiona 150 mg

A escolha de um dos medicamentos dependerá da avaliação individual do paciente. Não havendo contra-indicações clínicas, o medicamento é escolhido de acordo com a posologia e a facilidade de administração, em comum acordo com o paciente. Os esquemas terapêuticos podem ser utilizados isoladamente ou em combinação.

Apresentação: Bupropiona em comprimidos de 150 mg

Posologia: A dosagem preconizada é a seguinte:

- 1 comprimido de 150mg pela manhã nos primeiros 3 dias de tratamento;
- 1 comprimido de 150mg pela manhã e outro comprimido de 150mg, oito horas depois, a partir do 4º dia de tratamento, até completar 12 semanas.

Poderá haver ajuste da posologia a critério do médico prescritor.

Orientações para o uso de Bupropiona:

A dose máxima recomendada de Bupropiona é de 300mg por dia. Em caso de in-

tolerância à dose preconizada, ela pode sofrer ajuste posológico, a critério clínico. Deve-se parar de fumar no 8º dia após o início da medicação. A dispensação desse medicamento deve ocorrer mediante a apresentação do Receituário de Controle Especial em duas vias.

Critérios de Suspensão ou Não Utilização de Apoio Medicamentoso: Não deverão ser incluídos ou ter suspenso o apoio medicamentoso, aqueles pacientes que, segundo o medicamento escolhido, apresentarem:

Adesivo Transdérmico de Nicotina:

- Hipersensibilidade conhecida a qualquer dos componentes da fórmula;
- Doenças dermatológicas que impeçam a aplicação do adesivo;
- Pacientes que estejam no período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio;
- Gestação;
- Amamentação.

Goma de Mascar de Nicotina:

- Hipersensibilidade conhecida a qualquer dos componentes da fórmula;
- Incapacidade de mastigação ou em indivíduos com afecções ativas da articulação têmporomandibular;
- Pacientes que estejam no período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio;
- Pacientes portadores de úlcera péptica.

Cloridrato de Bupropiona:

- Hipersensibilidade conhecida a qualquer dos componentes da fórmula;
- Risco de convulsão: história pregressa de crise convulsiva, epilepsia, convulsão febril na infância, anormalidades eletroencefalográficas conhecidas;
- Alcoolistas em fase de retirada do álcool;
- Uso de benzodiazepínico ou outro sedativo,

- Uso de outras formas de bupropiona;
- Doença cérebro-vascular, tumor de sistema nervoso central, bulimia, anorexia nervosa.;
- Gestação;
- Amamentação
- Para aqueles fumantes que estão fazendo uso de inibidor da MAO há necessidade de suspensão da medicação, por pelo menos 15 dias antes do início da Bupropiona.

Contra-indicações Relativas: As seguintes situações constituem-se em contra-indicações relativas ao uso de apoio medicamentoso, de acordo com o medicamento escolhido, e devem ser cuidadosamente avaliadas pelo médico prescritor quando da indicação do medicamento:

Adesivo Transdérmico de Nicotina:

- Doenças cardíco-vasculares.

Goma de Mascar de Nicotina:

- Na gestação e durante a amamentação, a não ser quando o risco de continuar fumando seja avaliado pelo médico como maior do que o do uso da goma de mascar com nicotina;
- Doenças cardíco-vasculares.

Cloridrato de Bupropiona:

- Uso de carbamazepina;
- Uso de cimetidina;
- Uso de barbitúricos;
- Uso de fenitoína;
- Uso de anti-psicóticos;
- Uso de anti-depressivos;
- Uso de teofilina;
- Uso de corticoesteróides sistêmicos;
- Uso de pseudoefedrina;
- Diabetes mellitus em uso de hipoglicemiante oral ou insulina;
- Hipertensão arterial não controlada.

Controle Clínico do Uso de Apoio Medicamentoso:

Todos os pacientes em uso de apoio medicamentoso devem ser acompanhados e avaliados durante o tratamento.

Atenção especial deve ser dada às seguintes situações:

- monitorar os pacientes hipertensos e/ou cardiopatas em uso de qualquer forma de Terapia de Reposição de Nicotina;
- monitorar a pressão arterial como rotina em pacientes em uso de Bupropiona, pois alguns estudos mostram que a Bupropiona tende a elevar os níveis de pressão arterial. A associação de goma de mascar ou adesivo de nicotina com Bupropiona, também pode elevar a pressão arterial. Nesses casos, deve-se preferir a associação entre as três formas de Terapia de Reposição de Nicotina.

Efeitos Colaterais

Os efeitos colaterais mais comuns que podem ocorrer com o uso das medicações utilizadas como apoio são os seguintes:

Goma de Mascar de Nicotina: vertigem, dor de cabeça, náuseas, vômitos, desconforto gastrointestinal, soluços, dor de garganta, dor bucal, aftas, dor muscular na mandíbula, hipersalivação.

Adesivo Transdérmico de Nicotina: irritação local, podendo a chegar a eritema infiltrativo, é o efeito colateral mais comum, podendo ocorrer mais raramente, náuseas, vômitos, hipersalivação e diarreia. Pode ocorrer, em menor incidência, palpitação, eritema e urticária e, raramente, fibrilação atrial reversível e reações alérgicas, como o angioedema.

Cloridrato de Bupropiona: insônia, geralmente sono entrecortado, além de boca seca, cefaléia e risco de convulsão.

Resposta Clínica

A resposta clínica positiva ao tratamento ocorre quando o paciente deixa de fumar. Estudos mostram que um programa de cessação do tabagismo é considerado efetivo quando se alcança a taxa de cessação de fumar igual ou superior a 30% após 12 meses. No entanto, o tabagismo apresenta um padrão evolutivo semelhante ao de doenças crônicas, podendo apresentar períodos de remissões e recidivas. Estudos mostram que os fumantes tentam parar de fumar em média 5 vezes até conseguir parar definitivamente.

Considerações Finais

Os pacientes que não cessaram o uso devem ser reavaliados e discutidos com a equipe, respeitando a vontade dos próprios de serem inseridos novamente no programa ou se haverá mais opções para seu tratamento na própria unidade.

Importante, no fim de cada ciclo, é a equipe se reunir e avaliar o grupo, promover discussões sobre os pacientes, sobre os pontos positivos e negativos de cada sessão e como serão estruturados os próximos ciclos.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante, Rio de Janeiro, 2001
2. Governo do Estado de São Paulo. Coordenadoria de Assistência Farmacêutica. Coordenadoria dos Serviços de Saúde: Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica: Nicotina – TABAGISMO / DEPENDÊNCIA DE NICOTINA (Atualizado em 19/09/2016)
3. Governo do Estado de São Paulo. Coordenadoria de Assistência Farmacêutica. Coordenadoria dos Serviços de Saúde: Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica: Bupropiona – TABAGISMO / DEPENDÊNCIA DE NICOTINA (Atualizado em 19/09/2016)
4. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante, 2001.
5. Organización Panamericana de la Salud, Guías para el Control y Monitoreo de la Epidemia Tabaquica, 1995.
6. Portaria nº 761, de 21 de Junho de 2016
7. Portaria nº 571 de 5 de abril de 2013
8. World Health Organization (Who), The ICD- 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines, 1992.
9. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior. New York: The Guilford Press. 2008.
10. Lancaster T *et AL*. Individual behavioural counseling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2005
11. Fiore *ET AL*. Treating Tobacco Use and dependence: 2008 Update.

C A P Í T U L O

26

A Assistência Farmacêutica no CRATOD

Máira Rebouças Valença dos Santos
Valéria Longanezi

1- Introdução

1.1- O modelo de atendimento da farmácia

O atendimento da farmácia do CRA-TOD obedece à Política Estadual de Medicamentos, que tem como objetivo desenvolver a integralidade das ações de saúde, com base nos princípios estabelecidos na Lei Complementar n. 791, de 9 de março de 1995 - Código de Saúde do Estado, e na Lei n. 10.083, de 23 de setembro de 1998 - Código Sanitário do Estado. Também segue a política de medicamentos, que é parte integrante da Política de Saúde e é definida como o conjunto de princípios que orienta a tomada de decisões e as ações que visam assegurar o acesso universal e igualitário a medicamentos seguros e eficazes e de qualidade, nos termos do § 8º, do artigo 24, da Lei Complementar n. 791, de 9 de março de 1995, a todos os que deles necessitem.

Até o ano 2012, o horário de assistência era realizado das 7:00h às 19:00h, de segunda a sexta-feira, e o atendimento era feito no sistema ambulatorial. Com a estruturação da unidade para o desenvolvimento do serviço de internação, a farmácia passou a funcionar 24 horas por dia para garantir o atendimento da demanda de pacientes em regime de internação.

Inicialmente, a equipe era composta por dois farmacêuticos responsáveis pelo período de doze horas e uma equipe de colaboradores para os serviços técnicos e administrativos do setor. Atualmente, com o serviço em período integral, a farmácia conta com o apoio de três farmacêuticas lotadas na unidade, sendo uma a responsável pela diretoria e responsabilidade técnica do setor e as demais corresponsáveis pela assistência farmacêutica. Além disso, o serviço possui o apoio técnico de farmacêuticos plantonistas lotados em outras

unidades do Estado que se revezam em períodos de 12 horas, havendo plantões noturnos em finais de semanas e feriados, assegurando assistência farmacêutica em período integral, de acordo com as normas da Vigilância Sanitária e Conselho Regional de Farmácia.

1.2- Assistência Farmacêutica

Definição teórica: Representa o grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica, o acompanhamento e a avaliação da utilização do medicamento, a obtenção e difusão de informações e a educação permanente dos profissionais da saúde, do paciente e da comunidade, para assegurar o uso racional de medicamentos.

A missão do setor de Farmácia é promover o uso seguro e racional dos medicamentos aos pacientes dependentes de álcool e outras drogas em tratamento na unidade, garantindo que todas as informações referentes aos cuidados na administração dos mesmos sejam transmitidas de forma clara e simples para que a adesão ao tratamento farmacológico seja seguida conforme orientação médica.

A Assistência Farmacêutica no CRA-TOD envolve:

- **Seleção de Medicamentos:** a padronização de medicamentos que fazem parte da Farmácia obedece às solicitações do corpo clínico e psiquiátrico da unidade;
- **Programação e Aquisição de Medicamentos:** todos os medicamentos são adquiridos sob a responsabilidade do farmacêutico, com base nos cálculos de consumo médio mensal e estimativa de necessidades da unidade, obedecendo aos requisitos de qualidade para a obtenção

de um produto que ofereça eficácia e segurança. A aquisição de medicamentos é realizada pela Ata de Registro de Preços da Secretaria de Estado da Saúde, Pregão de Medicamentos, Bolsa Eletrônica e Verba de Adiantamento;

- **Recebimento e Armazenamento:** o recebimento dos medicamentos encomendados é realizado pelo próprio setor de Farmácia, o qual é responsável pela conferência das notas fiscais, quantidades recebidas e prazos de validade, que sempre deve ser, no mínimo, de 12 meses. Não são aceitos medicamentos com prazo de validade inferior a este período. O armazenamento é feito no almoxarifado da Farmácia, obedecendo às Boas Práticas de Armazenamento de Medicamentos;
- **Prescrição, Distribuição e Dispensação:** os medicamentos são dispensados de acordo com as receitas e prescrições médicas da unidade, em quantidades suficientes para atender 30 dias de tratamento, no caso de medicamentos de uso contínuo, ou de acordo com a posologia para medicamentos que não são de uso contínuo. Alguns pacientes recebem medicamentos por um sistema diferenciado criado dentro da instituição.
- **Descarte:** Os medicamentos fora dos padrões de qualidade para dispensação aos pacientes, como rompimento de lacre, quebra de embalagem ou qualquer outra alteração visual são descartados conforme procedimentos padrões estabelecidos pela vigilância sanitária e coleta da LIMPURB.
- **Devoluções:** constantemente, a Farmácia do CRATOD recebe devoluções de medicamentos de pacientes que não se adaptaram a determinada medicação ou tiveram sua prescrição suspensa ou al-

terada pelo médico. Outras devoluções também são realizadas por parte da população que não faz tratamento na unidade, mas por não saber como proceder em relação aos medicamentos que não utiliza mais ou fora do prazo de validade, dirige-se à unidade para receber orientações ou simplesmente para descartá-los. Em posse destas devoluções, o setor de farmácia, avalia os medicamentos, sendo que os que estão fora de condições de uso e são descartados, conforme exigido pelas normas da Vigilância Sanitária.

Os medicamentos devolvidos em boas condições de uso, com aspecto de boa conservação e dentro do prazo de validade são reutilizados para abastecimento do Programa de Medicação Supervisionada e Fracionada.

1.3- Atenção Farmacêutica

Definição teórica: Prática profissional em que o paciente é o mais importante beneficiado das ações do farmacêutico. É o conjunto de atitudes, comportamentos, compromissos, inquietudes, valores éticos, funções, conhecimentos, responsabilidades e habilidades do farmacêutico na prestação da farmacoterapia, com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos definidos para a saúde e qualidade de vida do paciente.

No CRATOD a atuação do farmacêutico já se fez presente em grupos multiprofissionais, garantindo o uso correto dos medicamentos recebidos e ciência das consequências geradas pelo mau uso, má conservação e interações com álcool e outras drogas, o que é bem comum de ocorrer na área de dependência química.

1.4- Farmacovigilância

Definição teórica: ciência relativa à detecção, avaliação, compreensão e prevenção

dos efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos.

Toda suspeita de reação adversa a qualquer medicamento, percebida pela equipe, é comunicada ao setor de Farmácia, mesmo não havendo certeza da relação entre o uso do medicamento e o desenvolvimento da reação, e mesmo não dispondo de todos os detalhes do caso.

Detalhes, como problemas relacionados à falta de efeito terapêutico, alterações organolépticas (cor, odor, sabor), turbidez, contaminação, problemas com embalagem, rótulo e suspeitas de falsificações são informações que devem ser passadas ao setor farmacêutico para as devidas providências junto à Vigilância Sanitária. Todo o processo de investigação e notificação é feito sob sigilo, sobretudo do profissional responsável pela notificação.

1.5- Farmacoeconomia

Definição teórica: descrição e análise dos custos das terapias medicamentosas para os pacientes, o sistema de saúde e a sociedade. Seu objetivo é propiciar informações para tomada de decisão identificando, mensurando e comparando recursos consumidos e consequências clínicas, econômicas e humanísticas de produtos e serviços farmacêuticos.

Em termos econômicos, o principal objetivo de uma Farmácia é obter um medicamento de boa qualidade, que atenda as relações entre efetividade, risco, benefício e custo. Neste aspecto, a Farmácia do CRATOD atende às normas do Governo do Estado de São Paulo, adquirindo os medicamentos pela Ata de Registro de Preços da Secretaria de Estado da Saúde, a qual apresenta os menores custos possíveis para a aquisição.

Quando os medicamentos necessários não se encontram na Ata, opta-se pela compra pela modalidade do Pregão, na qual, adquire-se o medicamento com o menor preço

oferecido pelas empresas que se habilitam a participar do processo.

Ainda assim, quando não é possível adquirir os medicamentos por estes métodos, a Farmácia opta pela utilização da Verba de Adiantamento, para compras emergenciais, realizando para isso, a pesquisa de preços em pelo menos três empresas, para a escolha do menor preço oferecido, considerando os pré-requisitos de boa qualidade do medicamento a ser comprado.

Independente da modalidade de aquisição e constantemente em busca dos menores custos, a Farmácia sempre opta por medicamentos que obedeçam aos laudos de qualidade de comprovação de eficácia e segurança.

Ainda visando à máxima utilização dos recursos econômicos disponibilizados pelo Governo do Estado de São Paulo, a Farmácia do CRATOD procura disponibilizar para outras unidades os medicamentos que, por eventual oscilação do consumo, não conseguem ser dispensados até o vencimento do seu prazo de validade.

Verificada a necessidade de urgência no abastecimento de algum medicamento, devido à grande movimentação, é comum a prática de empréstimo de medicamentos que são provenientes de outras Unidades Estaduais. O mesmo ocorre quando alguma Unidade Estadual necessita de algum medicamento e solicita o empréstimo ao CRATOD. Esta rotina permite o cadastramento do empréstimo via sistema, identificação de itens e quantidades.

1.6-Padronização de Medicamentos

Todos os medicamentos que fazem parte do estoque da Farmácia do CRATOD foram sugeridos e eleitos pelos médicos do corpo clínico e psiquiátrico da unidade e compõem uma listagem padrão que pode ser alterada de acordo com as solicitações da equipe médica, inserindo novas especialidades farmacêuticas

de interesse ao tratamento dos pacientes ou excluindo especialidades que deixem de ser essenciais ao estoque da farmácia.

Assim sendo, esta listagem de medicamentos tem como objetivo a manutenção de especialidades farmacêuticas com eficiência terapêutica e a não duplicidade de princípios ativos ou associações similares com nomes comerciais diferentes, permitindo substituições ou eliminações, quando necessárias.

Em 24/12/2016 foi publicada no DOE a criação da Comissão de Farmácia e Terapêutica, que é instância responsável pela avaliação do uso clínico dos medicamentos, desenvolvendo políticas para gerenciar o uso, a administração e o sistema de seleção de medicamentos na unidade. Como foro para avaliar e discutir todos os aspectos do tratamento medicamentoso, ela orienta os departamentos médicos, de enfermagem, administrativos e de farmácia sobre temas relacionados a medicamentos. A Comissão de Farmácia Terapêutica do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras drogas, é composta por dez membros, representantes das seguintes áreas: Diretoria Clínica, Enfermagem, Especialidades médicas (Infectologia, Clínica Médica e Psiquiatria), Odontologia, Farmácia e Finanças. As reuniões ocorrem uma vez por mês, e seu objetivo é elaborar diretrizes para seleção, padronização, prescrição, aquisição, distribuição, dispensação de medicamentos e seguimento farmacoterapêutico, em conformidade com a Política Nacional de Medicamentos (Resolução SS-54, de 11-05-2012).

2- Medicamentos Psicotrópicos e Sujeitos a Controle Especial

Por se tratar de um centro especializado no tratamento da dependência química de álcool e outras drogas, a farmácia do CRATOD possui vários medicamentos regidos pela portaria 344/98 da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (atual ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária), a qual controla a prescrição e dispensação dos seguintes grupos de medicamentos:

- Entorpecentes
- Psicofármacos
- Medicamentos Sujeitos a Controle Especial

Para o cumprimento desta portaria é importante o conhecimento dos documentos, impressos e da classificação dos medicamentos, tanto por parte do farmacêutico, quanto dos demais profissionais envolvidos na prescrição e dispensação. Apresentaremos resumidamente, os pontos mais importantes a serem considerados na dispensação destes medicamentos apenas como orientação, sendo que definições e demais detalhes deverão ser observados na portaria propriamente dita.

Listas de Medicamentos

Os medicamentos controlados por esta portaria e dispensados no CRATOD estão divididos em grupos denominados Listas.

Quadro 1 - Lista de Medicamentos controlados

Lista	Tipo de medicamento	Tipo de receita	Limite de prescrição	Validade da prescrição
A1	entorpecentes narcóticos	notificação de receita A (amarela)	-5 ampolas; - quantidade para 30 dias.	30 dias
A2	analgésicos entorpecentes	receita de controle especial (branca, 2 vias)	-5 ampolas; -quantidade para 30 dias.	30 dias
B1	psicotrópicos	notificação de receita B (azul)	- 5 ampolas; - quantidade para 60 dias	30 dias
C1	outros medicamentos sujeitos a controle especial	receita de controle especial (branca, 2 vias)	- 5 ampolas; - quantidade para 60 dias ou 180 dias (anticonvulsivos e antiparkinsonianos); - até 3 medicamentos.	30 dias

Fonte: Portaria 344/98 - ANVISA

3- Atendimento Ambulatorial

A farmácia do CRATOD somente atende as receitas geradas na unidade. Caso a receita seja procedente de outro serviço, encaminha-se o paciente ao Centro de Saúde de sua área de abrangência, para que sua prescrição possa ser atendida.

São observados, na receita, os itens indispensáveis para sua dispensação: nome do paciente; número de prontuário, data; identificação do médico (nome, CRM e assinatura); identificação do medicamento (nome do medicamento sob a forma da Denominação Comum Brasileira, forma farmacêutica, apresentação, quantidade e dose). A prescrição será atendida somente quando todos os itens estiverem preenchidos, de forma legível.

Os medicamentos são separados observando-se a quantidade prescrita a ser dispensada. Para aqueles pacientes com dificuldade de seguir o regime posológico, separa-se cada medicamento prescrito em saco plástico ou papel. Neste saco escreve-se o nome do medicamento e o sistema posológico. Após a separação e a conferência dos medicamentos, carimba-se as duas vias da receita, indicando a quantidade fornecida, a data e o responsável pelo fornecimento. A via original da receita é arquivada para consolidação e devolve-se a cópia ao paciente após orientação. As receitas são arquivadas em ordem cronológica, por um período de cinco anos na unidade.

As receitas que não são de uso contínuo têm validade de trinta dias. As receitas de uso contínuo podem ter validade de até seis meses e a receita original é entregue para

o paciente, porém os medicamentos são dispensados para trinta dias, devendo o paciente comparecer à farmácia uma vez ao mês, para retirar os medicamentos.

3.1- Programa de Medicação Supervisionada e Fracionada

Alguns pacientes que fazem tratamento no CRATOD não apresentam condições para administrar seus próprios medicamentos por terem a capacidade de atenção e raciocínio prejudicada pelo uso contínuo de álcool e outras drogas, o que gera confusão de horários, de doses e outros problemas relacionados.

Outros pacientes são moradores de rua ou albergantes e não possuem condições para

zelar pela guarda e boa conservação de seus medicamentos, gerando a perda da garantia de qualidade e do efeito terapêutico esperado.

Existem também relatos e queixas frequentes sobre perda e roubo dos medicamentos dispensados a eles.

Desta maneira, fazendo parte da Atenção Farmacêutica, o programa de Medicação Supervisionada e Fracionada visa garantir que os pacientes em tratamento façam o uso dos medicamentos em boas condições de armazenamento e de forma correta, conforme prescrição médica, supervisionando sua administração e fornecendo apenas as quantidades suficientes para atender o período em que o paciente ficará fora da unidade.

3.2- Rotina Operacional para Atendimento

3.2.1 Medicação Supervisionada

AGENTE	OPERAÇÃO
Médico	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica o paciente que tem dificuldades para administrar medicamentos; • Indica no prontuário a necessidade de incluí-lo no Programa de Medicação Supervisionada; • Identifica na receita “MEDICAÇÃO FRACIONADA” • Realiza a prescrição e a encaminha à Enfermagem; • Percebe a evolução do paciente no tratamento e o transfere para o Programa de Medicação Fracionada.
Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica o prontuário do paciente como participante do Programa de Medicação Supervisionada; • Abre formulário específico de medicação supervisionada para o paciente com o nome dos medicamentos e doses a serem administradas diariamente; • Encaminha formulário e prescrição médica do paciente à Farmácia.
Farmácia	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza o fracionamento dos medicamentos para atender a administração nos períodos da manhã, tarde e noite de cada dia; • Encaminha os medicamentos fracionados à Enfermagem para administração ao paciente.

3.2.2 Medicação Supervisionada

AGENTE	OPERAÇÃO
Médico	<ul style="list-style-type: none"> • Indica no prontuário a necessidade de incluir o paciente no Programa de Medicação Fracionada, indicando se a dispensação de medicamentos será por semana ou por 15 dias; • Realiza a prescrição e a encaminha à Enfermagem; • Identifica na receita “MEDICAÇÃO FRACIONADA SEMANAL OU QUINZENAL” e encaminha o paciente à farmácia; • O paciente passa a receber medicamentos para períodos semanais ou quinzenais até a equipe perceber a sua autonomia para gerenciar a sua própria medicação.
Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica o prontuário do paciente como participante do Programa de Medicação Fracionada;
Farmácia	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza o fracionamento dos medicamentos para atender a administração por período semanal ou quinzenal, de acordo com a receita médica; • Dispensa os medicamentos fracionados para o paciente e anota em seu cartão a próxima visita à farmácia.

3.3- Programa de Tabagismo

O CRATOD é a sede da Coordenação Estadual do Programa Nacional de Controle do Tabagismo e por isso a farmácia é responsável pela aquisição e gerenciamento dos medicamentos que são fornecidos pelo Ministério da Saúde.

A farmácia é responsável pela distribuição dos medicamentos para todo o Estado mediante consolidação das informações geradas pelos municípios de São Paulo quanto ao tratamento realizado por trimestre e à demanda de tabagistas a serem tratados nas unidades credenciadas no programa.

Requisitos para credenciamento de unidades:

- Ser unidade do Sistema Único de Saúde;
- Ser unidade de saúde livre de tabaco;
- Ter CNES (cadastro nacional de estabelecimentos de saúde) atualizado;
- Ter profissionais de saúde de nível supe-

rior com curso de capacitação para abordagem intensiva do fumante, promovido pelo INCA/MS;

- Ter sala para atendimento clínico individual;
- Ter sala para atendimento grupal;
- Possuir tensiômetro, estetoscópio e balança antropométrica;
- Apresentar o projeto de credenciamento no formato recomendado pela Coordenação Estadual.

Medicamentos e materiais de apoio que fazem parte do Programa de Tabagismo

- Bupropiona 150 mg;
- Nicotina 2 mg, goma;
- Nicotina 7 mg, adesivo;
- Nicotina 14 mg, adesivo;
- Nicotina 21 mg, adesivo;
- Manuais do participante.

3.4- Programa de HIV/DST

A terapia antirretroviral (TARV) tem por objetivo diminuir a morbidade e mortalidade das PVHA, melhorando a qualidade e a expectativa de vida, e não erradicar a infecção pelo HIV. Além do impacto clínico favorável, o início mais precoce da TARV vem sendo demonstrado como ferramenta importante na redução da transmissão do HIV. Todavia, deve-se considerar a importância da adesão e o risco de efeitos adversos no longo prazo.

Os medicamentos antirretrovirais surgiram na década de 1980 e desde 1996, o Bra-

sil os distribui gratuitamente para todos que necessitam do tratamento. Segundo dados de 2015, 455 mil pessoas estavam em uso dos remédios para tratar a doença. Atualmente, existem 22 medicamentos divididos em cinco tipos. A terapia contra o HIV recomenda o uso de pelo menos três antirretrovirais combinados, sendo dois medicamentos de classes diferentes, que poderão ser combinados em um só comprimido. O tratamento necessita de acompanhamento médico para avaliar o progresso do tratamento, efeitos colaterais e possíveis dificuldades de adesão ao tratamento.

Quadro 2 - Classes de medicamentos antirretrovirais

Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa - atuam na enzima transcriptase reversa, incorporando-se à cadeia de DNA que o vírus cria. Tornam essa cadeia defeituosa, impedindo que o vírus se reproduza. São eles: Abacavir, Didanosina, Estavudina, Lamivudina, Tenofovir, Zidovudina e a combinação Lamivudina/Zidovudina.

Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa - bloqueiam diretamente a ação da enzima e a multiplicação do vírus. São eles: Efavirenz, Nevirapina e Etravirina.

Inibidores de Protease – atuam na enzima protease, bloqueando sua ação e impedindo a produção de novas cópias de células infectadas com HIV. São eles: Atazanavir, Darunavir, Fosamprenavir, Lopinavir/r, Ritonavir, Saquinavir e Tipranavir.

Inibidores de fusão - impedem a entrada do vírus na célula e, por isso, ele não pode se reproduzir. É a Enfuvirtida.

Inibidores da Integrase – bloqueiam a atividade da enzima integrase, responsável pela inserção do DNA do HIV no DNA humano (código genético da célula). Assim, inibe a replicação do vírus e sua capacidade de infectar novas células. É o Raltegravir.

Fonte: <http://www.aids.gov.br/pagina/quais-sao-os-antirretrovirais>

Em 2017, o Ministério da Saúde divulgou a atualização dos esquemas antirretrovirais para as pessoas que vivem com HIV e as indicações de ampliação do uso de dolutegravir (DTG) e darunavir (DRV). Considerando as vantagens de alta potência, alta barreira genética, administração em dose única e poucos eventos adversos, o dolutegravir passou a compor o esquema inicial preferencial para o manejo da infecção pelo HIV. O darunavir, por sua vez, é indicado para compor esquemas após falha de tratamento (Ministério da Saúde, nota informativa 007/2017 – DDAHV/SVS/MS).

Ainda de acordo com a nota, segue abaixo a tabela com o tratamento antirretroviral inicial para adultos vivendo com HIV/AIDS.

Quadro 3 - Tratamento antirretroviral inicial para adultos vivendo com HIV/AIDS.

Preferencial	
TDF ^a / 3TC / DTG	Esquema para início de tratamento a partir de 2017
TDF ^a / 3TC / EFZ	Esquema para início de tratamento nas seguintes situações ^b : <ul style="list-style-type: none"> • Gestantes • Coinfecção TB-HIV sem critério de gravidade (conforme critérios elencados abaixo)
TDF ^a / 3TC / RAL ^c	Esquema para tratamento na coinfecção TB-HIV com um ou mais dos critérios de gravidade abaixo ^b : <ul style="list-style-type: none"> • CD4 < 100 células/mm³ • Presença de outra infecção oportunista • Necessidade de internação hospitalar/Doença grave • TB disseminada
Alternativo	
TDF ^a / 3TC / EFZ	Esquema alternativo para início de tratamento em caso de intolerância ou contraindicação ao DTG ^d
TDF ^a / 3TC / RAL	Esquema alternativo de tratamento em caso de intolerância ao EFZ, nas seguintes situações: <ul style="list-style-type: none"> - Coinfecção TB-HIV - Gestantes
ABC ^e / 3TC / DTG	Esquema para início de tratamento em caso de contraindicação ao TDF em PVHA com teste negativo para HLA-B 5701
Observações: ^a O AZT permanece como alternativa em casos de intolerância ao TDF e ABC. ^b Realizar exame de genotipagem pré-tratamento e iniciar TARV (não postergar início da TARV pela indisponibilidade imediata do resultado do exame). ^c Concluída a situação (tratamento completo de TB ou parto), deverá ser feita a mudança para TDF/3TC/DTG. ^d Contraindicações ao uso do DTG: PVHA em uso de fenitoína, fenobarbital, oxcarbamazepina. ^e O ABC é alternativa de tratamento em caso de contraindicação ao TDF em PVHA com teste negativo para HLA-B*5701 e CV < 100.000 cópias/mL, quando associado ao EFZ.	

Fonte: Ministério da Saúde, Nota Informativa 007/2017 – DDAHV/SVS/MS.

Após a primeira falha do esquema antirretroviral inicial, é feita a escolha das seguintes alternativas:

- Preferencial: ATV/r
- Alternativo: DRV/r ou LPV/r

A partir de maio de 2017, o CRATOD passou a fazer parte integrante da logística de distribuição e dispensação do elenco de medicamentos antirretrovirais, fornecidos pelo Ministério da Saúde, tornando-se assim Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM).

As Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais são estabelecimentos integrantes do serviço de saúde que realizam gestão e dispensação de medicamentos antirretrovirais para o atendimento dos usuários sob terapia (TARV), bem como seu acompanhamento e monitoramento, sem prejuízo à dispensação de outros. Essa autonomia visa o atendimento integral da demanda de usuários apresentam o diagnóstico de HIV.

Desta maneira, o CRATOD passou a ter acesso ao Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), sistema esse criado com o objetivo de gerenciar a logística dos medicamentos antirretrovirais no Brasil, bem como o controle de pacientes que fazem o tratamento.

Estas medidas têm como objetivo organizar os procedimentos de autorização, distribuição e dispensação, prover atendimento rápido e eficaz, criar e validar procedimentos preventivos e modelos de assistência aos pacientes do CRATOD.

No CRATOD, os pacientes que são diagnosticados com HIV iniciam o tratamento com antirretrovirais prescritos pela infectologista da unidade. Ao ter conhecimento do diagnóstico, a infectologista preenche os formulários necessários para o cadastro do paciente e fornecimento de medicamentos para o tratamento do HIV em nossa farmácia.

A farmácia conta com um estoque fornecido pelo Ministério da Saúde para o atendimento dos pacientes internados na Observação, sendo que aqueles que recebem o diagnóstico em atendimento ambulatorial podem retirar os medicamentos para esse tratamento na própria unidade.

No momento da alta da observação, o paciente retira o medicamento para trinta dias, sendo orientado a dar continuidade no CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento).

to), no local mais próximo de sua residência ou onde for realizar o tratamento para dependência química.

De acordo com o levantamento realizado em maio de 2017 o CRATOD possui quarenta pacientes fixos que fazem tratamento de HIV na unidade, sem incluir os pacientes tratados na observação.

3.5- Programa de Alto Custo

O tratamento da dependência química envolve variadas técnicas de psicoterapia, intervenções comportamentais e intervenções farmacológicas (OMS, 2004). No Brasil, A RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – apresenta os antipsicóticos atípicos olanzapina, clozapina, quetiapina e ziprasidona, assim como os antipsicóticos de primeira geração haloperidol e clorpromazina, sendo esses últimos disponibilizados por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), de acordo com as recomendações do Formulário Terapêutico Nacional (FTN).

O acesso aos medicamentos olanzapina, clozapina, quetiapina e ziprasidona, assim como a risperidona, somente é possível por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), de acordo com os critérios do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Esquizofrenia.

O CRATOD não atende aos requisitos para a instituição de uma farmácia do CEAF, mas recebe pacientes com comorbidades psiquiátricas que necessitam desse tipo de fármaco e, por essa razão, estabeleceu parcerias e se adequou para o atendimento desses casos, passando a retirar os medicamentos deste programa na Farmácia de Alto Custo da Várzea do Carmo.

Essa estratégia permitiu ao CRATOD garantir o acesso dos pacientes aos medica-

mentos desse programa na própria unidade, dispensando a necessidade de se deslocarem a outras farmácias especializadas e beneficiando grande parte daqueles que são moradores de rua ou de albergues. Também foram beneficiados aqueles que não possuem condições para financiar o transporte ou que ainda dependem da supervisão durante a administração das doses.

Estes medicamentos constam na Tabela de Procedimentos do SIA/SUS. São dispensados mediante critérios de diagnóstico, indicação e tratamento, inclusão e exclusão, esquemas terapêuticos, monitorização/acompanhamento e demais parâmetros contidos nos Protocolos e Diretrizes Terapêuticas estabelecidos pela Secretaria de Assistência à Saúde.

3.6- Programa de Tuberculose

No Brasil, o aumento do consumo do crack tem provocado grande preocupação nas autoridades da saúde pública, pois o crescimento da prevalência de dependentes químicos nos grandes centros urbanos tem levado ao surgimento de muitas doenças, sendo a tuberculose uma delas. As condições precárias de vida de centenas de dependentes químicos concentrados em uma determinada área, como aquela que recebe a definição de “cracolândia” facilitam a contaminação (Ministério da Saúde; 2003).

Segundo o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, o consumo de crack contribui para a transmissão e a contaminação de doenças entre os usuários, por diminuir as defesas imunitárias e por expor as pessoas a diversas situações e comportamentos de risco. Dentre as doenças que podem ser disseminadas, a partir do uso da droga, destaca-se a Tuberculose (TB). O estilo de vida arriscado dos usuários, as condi-

ções de moradia, o acúmulo de pessoas em ambientes fechados e isolados para o consumo, o compartilhamento de materiais como o cachimbo e a desnutrição causada pela droga favorecem a progressão para a doença ativa. Com isso, percebe-se que os usuários dessas drogas têm maior risco de contrair a doença, e, possivelmente, poderão ter dificuldades relativas ao tratamento (Ministério da Saúde, 2010).

A tuberculose é uma doença infecciosa causada pelo “bacilo de Koch”, que atinge principalmente os pulmões, mas pode ocorrer em outras partes do corpo, como nos gânglios, rins, ossos, intestinos e meninges. É considerada uma patologia grave, porém curável, desde que os princípios da farmacoterapia sejam seguidos corretamente pelo portador da infecção. Nesse sentido, antes de iniciar o tratamento, o paciente deve ser orientado de forma clara e acessível sobre as características da doença e o esquema farmacológico que deverá ser seguido em relação às doses, duração, benefícios do uso regular da medicação, consequências do abandono do tratamento e possíveis efeitos adversos dos medicamentos (OMS, 2013).

Atendendo ao objetivo de cura da doença e evitando casos de recidivas, atenção especial deve ser dada para o tratamento supervisionado dos doentes nos casos de etilistas, casos de retratamento após abandono, mendigos, presidiários e pacientes psiquiátricos. Desse modo, compete aos serviços de saúde prover os meios necessários para garantir que todo indivíduo com diagnóstico de tuberculose possa, sem atraso, ser adequadamente tratado (Ministério da Saúde, 2002).

3.6.1 Esquemas de tratamento e posologia:

O tratamento supervisionado é uma estratégia recomendada pela Organização Mundial de Saúde, pelo Ministério da Saúde e pelo Programa de Controle de Tuberculose do Estado do Rio de Janeiro para garantir a adesão ao tratamento e controlar a infecção. Durante o tratamento supervisionado, um profissional de saúde ou uma pessoa treinada para isto deve observar o doente tomando e engolindo os medicamentos. Desta forma a equipe fica mais próxima do doente, que pode assim ser conscientizado a não interromper o tratamento, sob o risco de ter recidiva e agravamento do seu quadro clínico.

No Brasil, os medicamentos usados nos esquemas padronizados para a tuberculose são a isoniazida (H), a rifampicina (R), a pirazinamida (Z) e o etambutol (E). A maior parte das pessoas será tratada pelos esquemas padronizados e receberá o tratamento e o acompanhamento na atenção básica. A farmacoterapia básica nos casos de tuberculose pulmonar consiste em fase inicial intensiva da associação entre rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (dois meses de duração), seguida de fase de manutenção constituída pela associação isoniazida + rifampicina (quatro meses de duração).

Os medicamentos deverão ser administrados preferencialmente em jejum (uma hora antes ou duas horas após o café da manhã), em uma única tomada, ou em caso de tolerância digestiva, com uma refeição.

A duração do tratamento para Tuberculose extrapulmonar (exceto a meningoencefálica) e em coinfectados com HIV (independentemente da fase de evolução da infecção viral) deve ser de 6 meses.

Quadro 4- Esquemas preconizados, segundo a situação do paciente e unidades de atendimento

Situação	Esquema Indicado	Local de realização
Caso novo	Esquema Básico	Atenção Básica
Com tratamento anterior: Recidiva após cura – RC Retorno após abandono – RA	Esquema Básico até o resultado da cultura e TS	Atenção Básica ↓ Referência terciária (dependendo do resultado do TS)
Tratamentos especiais: hepatopatias, efeitos colaterais maiores, HIV/aids e uso de imonossuppressores.	Esquemas Especiais	Referência Secundária
Tuberculose meningoencefálica	Esquema para Meningoencefalite	Hospitais inicialmente
Falência por multirresistência, mono e polirresistência ao tratamento antiTB.	Esquema Especiais para mono/poli e multirresistência	Referência Terciária

Fonte: Ministério da Saúde, 2011

Quadro 5 – Esquema básico para tratamento de Tuberculose em adultos e adolescentes

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
2 RHZE Fase Intensiva	RHZE 150/75/400/275 comprimido em dose fixa combinada	20kg a 35kg	2 comprimidos	2
		36kg a 50kg	3 comprimidos	
		> 50kg	4 comprimidos	
4 RH Fase de manutenção	RH Comprimido ou cápsula 300/200 ou 150/100	20 a 35kg	1 comprimido ou cápsula 300/200mg	4
		36kg a 50kg	1 comprimido ou cápsula 300/200mg + 1 comprimido ou cápsulas 150/100mg	
		> 50kg	2 comprimidos ou cápsulas 300/200mg	

Fonte: Ministério da Saúde, 2011

Quadro 6 – Esquema básico para tratamento de Tuberculose meningoencefálica em adultos e adolescentes

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
2 RHZE Fase Intensiva	RHZE 150/75/400/275 comprimido em dose fixa combinada	20kg a 35kg	2 comprimidos	2
		36kg a 50kg	3 comprimidos	
		> 50kg	4 comprimidos	
7RH Fase de manutenção	RH Comprimido ou cápsula 300/200 ou 150/100	20kg a 35kg	1 comprimido ou cápsula 300/200mg	7
		36kg a 50kg	1 comprimido ou cápsula 300/200mg + 1 comprimido ou cápsula 150/100mg	
		> 50kg	2 comprimidos ou cápsulas 300/200mg	

Fonte: Ministério da Saúde, 2011

Faz parte da lista de medicamentos padronizados no CRATOD a fase 1 (ataque) - a Dose Fixa Combinada (RHZE) – que são 4 drogas preconizadas, administradas em um comprimido composto por dosagens fixas de Rifampicina – 150mg, Isoniazida – 75mg, Pirazinamida – 400mg e Etambutol – 275mg. Este medicamento é fornecido pela Secretaria Estadual da Saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, compete aos serviços de saúde prover os meios necessários para garantir que toda pessoa com diagnóstico de tuberculose venha a ser, sem atraso, adequadamente tratada. De acordo com essa diretriz, contando com o apoio da equipe de infectologia e enfermagem para o diagnóstico e orientação ao paciente, o CRATOD dispensa a Dose Fixa Combinada do programa para aqueles que são diagnosticados na unidade e estão em regime de internação devido aos transtornos da dependência de substâncias psicoativa, para até 15 dias. Após a alta do regime de internação, o paciente é

orientado a realizar o tratamento da tuberculose em uma Unidade Básica de Saúde para avaliação periódica da evolução da doença e a utilização correta dos medicamentos nos esquemas indicados para cada situação.

4- Atendimento dos Leitos de Observação

Alguns pacientes que fazem tratamento no CRATOD necessitam de internação breve nos leitos de Observação para o tratamento de emergências clínicas e psiquiátricas. Durante o período de permanência na unidade recebem os medicamentos indicados em sua prescrição por meio da dispensação por dose individualizada.

O sistema de distribuição individualizado caracteriza-se pela dispensação de medicamentos por paciente. A distribuição é baseada na cópia da prescrição médica e os medicamentos são fornecidos em embalagens,

dispostos segundo o horário de administração constante na prescrição médica, individualizados e identificados para cada paciente e para, no máximo, 24 horas.

Os objetivos do sistema de distribuição implantado no CRATOD visam dispensar os medicamentos para os pacientes internados na observação de forma ordenada e racional para o atendimento dos períodos matutino, vespertino e noturno, otimizar o controle da farmácia, diminuir os erros de medicação, diminuir o estoque da enfermagem, aumentar a segurança para o paciente e racionalizar a distribuição e administração.

Por fim, a dispensação dos medicamentos é realizada atendendo à prescrição médica de leito para as seguintes formas farmacêuticas: comprimidos, ampolas, frascos, ampolas. Os medicamentos apresentados nas formas de frascos, xaropes, pomadas, creme e líquidos são dispensados através do pedido de medicamentos para a enfermagem pelo sistema de distribuição coletivo para o período de 12 horas. Os medicamentos so-

licitados nas prescrições nos casos: “Se dor”, “se febre”, “se agitação”, “se insônia”, “ACM” (a critério médico) são dispensados apenas quando solicitados. O enfermeiro é responsável pela conferência dos medicamentos entregues pela farmácia e qualquer falha deve ser notificada pela enfermagem e corrigida pelo farmacêutico neste momento.

5 – Considerações finais

A partir do exposto, fica evidente a complexidade e a diversidade dos serviços prestados pela Farmácia do CRATOD. A equipe procura estabelecer protocolos de atendimento e constante atualização e revisão de suas práticas e sistemas de informação.

Para a manutenção de um bom trabalho e boas práticas, a farmácia desenvolve um trabalho articulado e integrado às equipes ambulatoriais e de observação, e esse mecanismo é mais um dos diferenciais do serviço, que o tornam mais eficaz e econômico.

Referências Bibliográficas

1. Lei Complementar n. 791, de 9 de março de 1995 - Código de Saúde do Estado;
2. Lei n. 10.083, de 23 de setembro de 1998 - Código Sanitário do Estado;
3. Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998;
4. Resolução - RDC nº 6, de 18 de fevereiro de 2014;
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica;
6. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. – 6. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002;
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância. Prevenção das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Nota Informativa nº007/2017. DDAHV/SVS/MS;
8. Saúde Debate | Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 572-581, Jul-Set 2014.

9. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Medicamentos do Componente Especializado. Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/homepage/acessorapido/medicamnos>
10. <http://www.aids.gov.br/pagina/quais-sao-os-antirretrovirais>
11. Centro de Vigilância Epidemiológica CVE. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-de-vigilancia/tuberculose/atendimento>.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2003
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2003
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2010

CAPÍTULO

27

A Odontologia na Dependência Química

Sandra Marques

A busca de tratamento para dependência química, que é uma DOENÇA CRÔNICA, tem aumentado ao longo dos anos, em função do aumento do número de usuários de múltiplas drogas. Um perfil de um país de vasto território, características regionais e comportamentos específicos, fazem com que as políticas públicas para tratamento da dependência não consigam atingir toda a população.

A Reforma Psiquiátrica veio de encontro aos ideais democráticos pós ditadura na busca do resgate dos direitos civis dos pacientes de saúde mental, contudo, deparou-se com um agravante quadro de aumento de usuários de drogas nos grandes centros. Apesar do grande avanço das políticas públicas no Brasil, através de informações científicas acerca da dependência, ainda se encontram dificuldades no estabelecimento de prioridades. São muitas as ideologias para a abordagem e a condução dos tratamentos desses indivíduos, contudo, a criação da rede de atendimento parece ser a forma mais efetiva para atender a essa demanda.

Depara-se com uma população extremamente complexa do ponto de vista clínico e psicológico, em suas comorbidades físicas e mentais, necessitada de acolhimento e diagnóstico por profissionais capacitados e tratamentos especializados. Cabe ressaltar que o problema da dependência química não é só um problema de saúde, mas também um problema psicossocial.

A oferta de serviços bem como a especificidade de cada um, permite ao profissional da área de saúde mental um melhor planejamento terapêutico.

Com a mudança do modelo assistencial embasado em um tratamento humanizado e resgate da cidadania, o atendimento odontológico passou a fazer parte do cuidado integral.

O uso abusivo e a dependência química de drogas como o álcool, cocaína, crack, maconha entre outras, além de trazer alterações emocionais, traz uma série de alterações físicas e químicas na saúde bucal, dentre elas, as perdas dentárias. Cada substância apresenta efeitos particulares.

Pizzato, em 2008, realizou exames intra-buciais de 22 pacientes do sexo masculino, que possuíam algum tipo de dependência química. Por meio das anamneses dos pacientes, puderam-se observar essas alterações, que tem características peculiares: xerostomia (boca seca), CPOD elevado (índice de dentes cariados, perdidos e obturados), redução da capacidade tampão da saliva (meio sempre ácido com o uso das substâncias), quelite angular (ocasionada por perda de dimensão vertical, falta de dentes), bruxismo (ranger de dentes), perdas dentárias, doença periodontal, halitose e estomatites (1).

Em estudo realizado em abril de 2015 no CRATOD, 75% dos entrevistados afirmaram terem tido perdas dentárias após o uso de drogas. Apesar de se tratar de um estudo isolado, sem metodologias específicas, e levando em consideração que os usuários possam apresentar outras comorbidades, observou-se a prevalência destas perdas dentárias associadas ao crack, isoladamente, ou associadas ao álcool e cocaína.

O álcool, além de causar doenças gastrointestinais, distúrbios vasculares e desordens no sistema nervoso central, facilita a penetração de carcinógenos na mucosa bucal (2). Esse fenômeno pode ser explicado por meio da solubilização de agentes genotóxicos e pelo aumento da permeabilidade da mucosa não queratinizada, como mucosa jugal e bordo lateral da língua. Observe-se na Figura 1 os efeitos do álcool.

Figura 1 – Efeitos preocupantes do abuso e dependência de álcool na Odontologia.



A associação tabaco e álcool potencializa o desenvolvimento do câncer de cavidade bucal. A leucoplasia, caracterizada por uma mancha ou placa branca na superfície de uma mucosa, desenvolve-se como fator desencadeante do uso frequente de tabaco e álcool (3). São essas as lesões precursoras do Câncer Bucal.

Seguindo o planejamento de ações do Instituto Nacional do Câncer (INCA), através da Divisão de Detecção Precoce e apoio à Organização de Redes, a estratégia das próximas campanhas visa levar informações e esclarecimentos sobre a patologia do câncer de cavidade bucal. Em 2016, a estimativa de novos casos no Brasil foi de 15.490, sendo 11.140 em homens e 4.350 em mulheres. Atribui-se isso, não somente ao tabagismo e ao alcoolismo, mas também às mudanças de hábitos e contaminação por vírus HPV, no sexo oral. É o 5º maior caso de câncer entre homens e o 12º em mulheres. Observe, na Figura 2, alguns

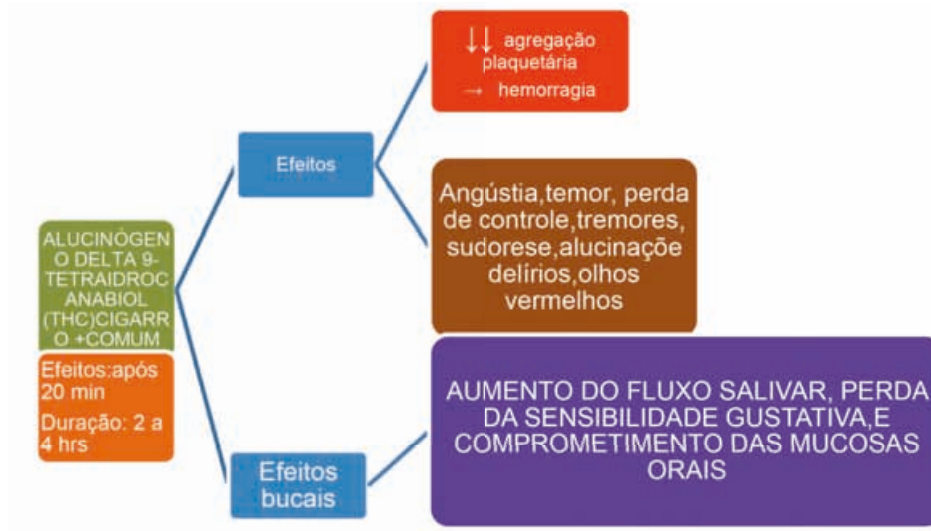
dos efeitos negativos do uso de tabaco e as ações necessárias na Odontologia.

Figura 2 – Efeitos preocupantes do abuso e dependência de tabaco e ações necessárias na Odontologia.



Inúmeros estudos têm tentado também elucidar os efeitos prejudiciais da maconha para a saúde, em que a única diferença com o tabaco seria o princípio ativo. Na maconha, o princípio ativo é o THC (Tetra-hidro-cannabinol), o qual prejudica a produção de células de defesa, deixando o usuário com potencial de infecção por imunossupressão (1). Estando imunodeprimido, relatam-se muitas infecções por fungos, como a Candidíase (4). A diminuição de fluxo salivar também é notada em muitos usuários de múltiplas drogas, aumentando ainda mais a sensação de boca seca (xerostomia), e facilitando o desenvolvimento de infecções. Observe-se, na Figura 3, ações bucais do uso de maconha.

Figura 3 – Efeitos preocupantes do abuso e dependência de maconha na Odontologia.



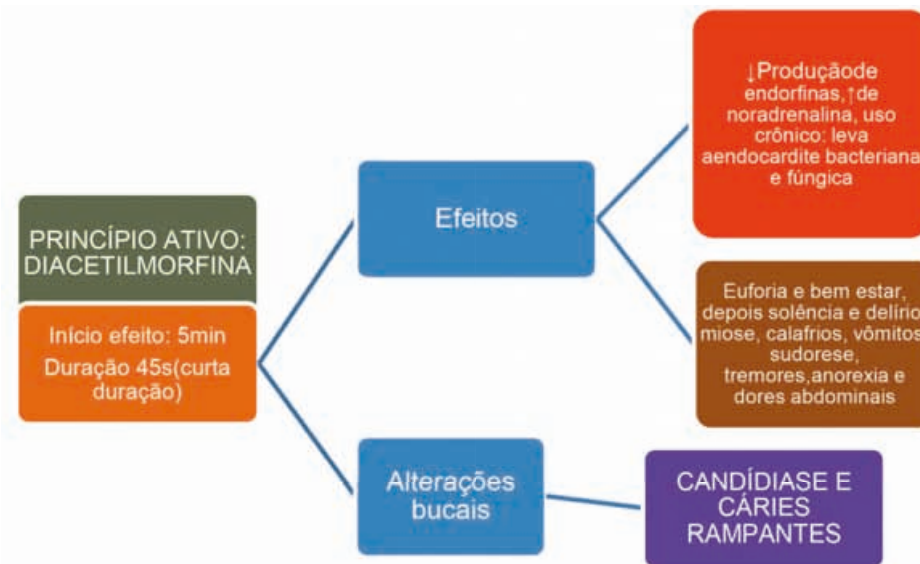
Os usuários de cocaína/crack têm muitas evidências de problemas periodontais, alterações dentais e da mucosa. Foi descrito um relato de caso, no qual o paciente, após insucesso de cirurgia de enxerto periodontal (cicatrização alterada), apresentou recessões gengivais, erosão dental, perda óssea avançada, além de episódios de dor aguda na gengi-

va - atribuída à fricção do pó de cocaína - (5). Estudos das décadas de 80 e 90 descreveram as condições periodontais precárias de dependentes químicos de drogas ilícitas, porém alguns sem a descrição do tipo de substância, ou quando descrita, tratava-se da heroína (6, 7). Observe-se, nas Figuras 4 e 5, as ações da cocaína e heroína respectivamente.

Figura 4 – Efeitos preocupantes do abuso e dependência de cocaína na Odontologia.



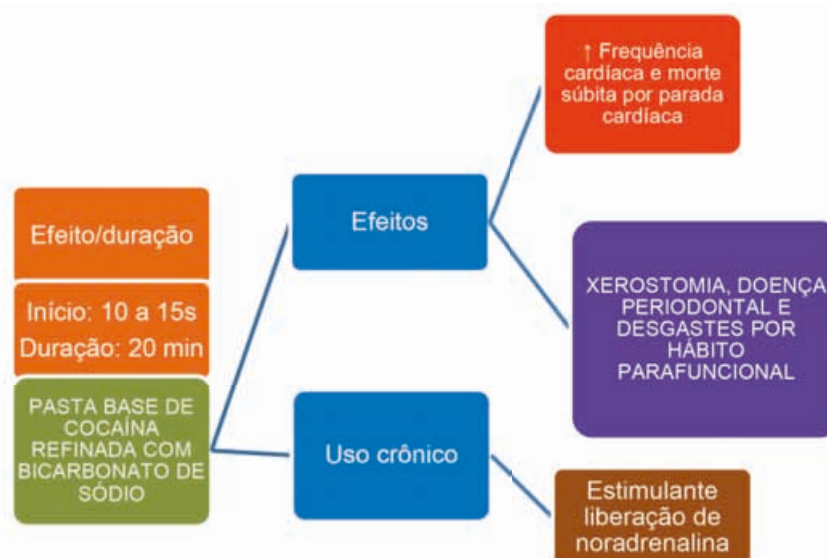
Figura 5 – Efeitos preocupantes do abuso e dependência de heroína na Odontologia.



São poucas as evidências que relacionam a associação entre o uso de crack e as alterações periodontais, contudo parecem estar ligadas ao sistema imune (8). Foram observados aumentos na atividade fagocítica de PMNs, assim como o aumento na produção da interleucina-8 (IL-8) de indivíduos expostos à cocaína (9). Por outro lado, foram observadas diminuições na expressão de algumas citocinas pró-inflamatórias tais como interleucina-1 (IL-1) e fator de necrose tumoral (TNF α) por macrófagos peritoniais de ratos quando administrada a cocaína (10). A capacidade fagocítica parece estar mais suprimida após a administração de crack, comparada à da cocaína (8). Também há relatos sobre associação de doença periodontal, xerostomia e/ou hipossalivação – observe-se a figura 6 (11). Foram descritas também uma maior ocorrência de cárie e erosão dentárias em usuários de cocaína/crack, em estudos transversais e estudos de caso (12). O número de dentes cariados, perdidos e obturados, mostrou-se elevado em cinco ex-usuários de crack (CPOD

27,8) e 20 de cocaína (CPOD 27,2), apesar da capacidade tampão da saliva estar normal (13). Indivíduos usuários de cocaína e crack parecem apresentar também quadros de xerostomia e/ou redução no fluxo salivar (14, 15). Desta maneira, evidências indiretas demonstram que essas alterações parecem estar associadas à microbiota bucal (aumento de Lactobacilos, Streptococcus Mutans e Candida Albicans) (20), redução do pH e capacidade tampão. O que leva a crer em tese, que os usuários da droga, apresentam maiores índices de cárie e doença periodontal, também pela precária higiene bucal e pela pouca procura por tratamento periodontal (7). O fumo por crack causa um calor intenso, além da ação cáustica da droga, possibilitando necrose dos tecidos periodontais, mucosa e dentes. Cabe salientar aqui também, as altas temperaturas que os cachimbos utilizados para fumar crack atingem, alterando e promovendo alterações celulares na região do lábio inferior. Além disto, promovem desgastes oclusais por abração na região dentária antero-inferior.

Figura 6 – Efeitos preocupantes do abuso e dependência de crack na Odontologia.



O atendimento Odontológico na Dependência Química deve ser realizado por profissionais habilitados, com uma abordagem receptiva, nunca discriminatória, e capacitados a observarem os diferentes aspectos que influenciam o tratamento.

Considerando que qualquer paciente – tanto no serviço público quanto no privado – pode ser um potencial usuário de drogas, lícitas ou ilícitas, compete ao cirurgião dentista, durante ao atendimento, observar sinais pontuais desse uso, tanto no aspecto clínico como no psicológico.

Visando contemplar esse cuidado multidisciplinar, o Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas, inaugurou o serviço de Odontologia em 25/04/2007, tendo como missão oferecer o atendimento odontológico a população usuária de múltiplas drogas, bem como restabelecer a reabilitação funcional e estética, para uma melhor reinserção social destes indivíduos.

Diante dessa realidade complexa, deve-se considerar que a principal via de admi-

nistração de substâncias psicoativas é a oral. Dessa maneira, visando a necessidade inicial da estabilização da saúde geral destes usuários, a Odontologia oferece um atendimento primordial na busca ativa de lesões bucais provenientes do uso destas substâncias, colaborando efetivamente na eliminação de focos infecciosos de origem dentária, possibilitando à equipe estabelecer um planejamento adequado de tratamento ambulatorial.

No âmbito da Odontologia, a qualidade de vida destes pacientes está diretamente relacionada ao nível de dor do indivíduo, à capacidade mastigatória e ao impacto psicológico de sua condição bucal. Dentro destes critérios clínicos, estabelecemos um planejamento terapêutico sem negligenciar um olhar mais atento aos distúrbios de origem mental, uma vez que por serem pacientes especiais pela própria natureza, são pacientes extremamente descompensados do ponto de vista clínico, e quaisquer intervenções devem ser executadas dentro de protocolos clínicos elaborados para o atendimento, possibilitando o menor risco à

saúde física e mental destes indivíduos. A saúde bucal é um aspecto importante do tratamento, pois afeta diretamente o conforto, a aparência, e a aceitação social, e em muitos doentes mentais está relacionada a uma baixa auto estima (16).

Sendo o CRATOD, um CAPS III com atendimento 24hrs, o serviço de Odontologia atende atualmente em regime de plantões diurnos, das 7 às 19 hrs com 05 Cirurgiões Dentistas, 05 Auxiliares de Saúde Bucal e 02 Técnicos em Prótese Dentária, que realizam o atendimento dos pacientes oriundos do Serviço de Observação (desintoxicação) e do CAPS CRATOD, bem como realizando um trabalho de assistência à rede, atendendo pacientes da Unidade Recomeço Helvética e do Hospital Lacan (observe-se o fluxo de atendimento no fluxograma 1). Abaixo, o quadro mostra o atendimento realizado nos 10 anos de funcionamento da Odontologia no centro:

Tabela 1. Série histórica atendimento Odontologia

Ano	Atendimento realizado
2007	5041
2008	1532
2009	1694
2010	1883
2011	2415
2012	1769
2013	895
2014	1357
2015	1291
2016	1469
2017	937
Total	20283

Conforme a série histórica, no ano de inauguração do serviço, o atendimento foi realizado principalmente para a busca ativa de lesões provenientes do uso de tabaco, porque o CRATOD era o único centro de tratamento de

tabagismo na Capital. Os outros anos realizou-se principalmente o atendimento clínico individualizado, com um planejamento terapêutico completo até a reabilitação completa, com a confecção de próteses, e em grupos de Educação em Saúde, onde são apresentados aos usuários assuntos de saúde bucal e geral. São grupos extremamente interessantes do ponto de vista de orientação e sensibilização no acolhimento destes pacientes, pois iniciam a conscientização do indivíduo quanto à importância de sua saúde física para a busca de sua saúde mental.

A queda no atendimento em 2013 deveu-se principalmente a falta de material por questões orçamentárias. Estimamos que nosso atendimento seja duplicado esse ano (a série histórica refere-se até maio/2017), em função do aumento de funcionários no setor.

O Serviço de Observação oferece um serviço de triagem e desintoxicação dos usuários, os quais poderão seguir para internações ou para o atendimento ambulatorial. Os pacientes que seguirem para internação serão acompanhados em suas urgências odontológicas após avaliação clínica e psiquiátrica, principalmente para o controle da dor e remoção dos focos dentários. O atendimento odontológico faz parte do Projeto Terapêutico de cada paciente acolhido no CAPS – CRATOD. Esse acolhimento é realizado através de equipe multidisciplinar em grupos chamados pré-projetos.

É importante salientar que todos os usuários realizam, na entrada no CRATOD, testes rápidos para HIV, sífilis e hepatite. Todos os materiais utilizados na odontologia são lavados, embalados e esterilizados, de acordo com os padrões estabelecidos pela ANVISA.

Realizado o acolhimento através da abordagem psicossocial, anamnese e exame clínico, o cirurgião dentista aguardará os exames complementares para dar prosseguimento ao tratamento clínico.

Os usuários de múltiplas drogas também fazem parte da população de risco para o desenvolvimento de câncer bucal. Alguns dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de câncer bucal têm origem no uso de drogas.

- **Tabaco:** de acordo com a Organização Mundial da Saúde, cerca de 90% dos pacientes diagnosticados com câncer de boca eram tabagistas. O cigarro representa o maior risco para o desenvolvimento dessa doença, e o risco varia de acordo com o consumo. Ou seja, quanto mais frequente for o ato de fumar, maiores serão as chances de desenvolver câncer de boca.
- **Álcool:** o consumo regular de bebidas alcoólicas aumenta o risco de desenvolver câncer de boca. A associação entre cigarro e bebidas alcoólicas aumenta muito o risco para câncer de boca.
- **Vírus HPV:** Pesquisas comprovam que o vírus HPV está relacionado a algum tipo de câncer bucal. E essa população de risco tem aumentado sua infecção por esse vírus por estar mais vulnerável.
- **Radiação solar:** A exposição ao sol sem proteção representa um risco para o câncer de lábios.

Além destes fatores, observa-se em pacientes com câncer de boca uma higiene bucal deficiente e uma dieta pobre em proteínas, vitaminas, minerais e rica em gorduras.

Os pacientes usuários de múltiplas drogas são agendados assim que chegam ao serviço para a anamnese e o exame clínico, onde se realiza a busca ativa de lesões provenientes do uso de substâncias psicoativas. Realizada a inspeção e detectada alguma lesão, o paciente é encaminhado ao Serviço de Referência (Centro de Especialidades Odontológicas - CEO) mais próximo de sua residência, onde será realizada

a biópsia e o diagnóstico, com encaminhamento para tratamento. Este diagnóstico precoce é de suma importância para que o tempo de estadiamento da doença permita ao médico decidir o melhor tipo de tratamento, ou seja, dar ao paciente um prognóstico mais preciso da possibilidade de recuperação.

Após essa inspeção inicial dá-se prosseguimento ao tratamento ambulatorial no CAPS, sendo que, após a adesão do paciente e a realização de exames médicos complementares, e construção de seu projeto terapêutico individualizado, ele retornará ao serviço de Odontologia para o tratamento.

O tratamento consiste em orientações de escovação e uso de fio dental para a higiene bucal, raspagem coronaradicular para remoção de cálculos salivares (tártaro), cirurgia para remoção de focos residuais, endodontia, dentística e próteses totais ou parciais, confeccionadas com uma resina flex e sem grampos (os pacientes apresentam desmaios ou convulsões por intoxicação ou abstinência, e o uso de grampos nas próteses pode causar acidentes). Concluída a reabilitação protética, o paciente receberá alta odontológica. Se necessário será reagendado retorno em 3 meses, para manutenção.

É medida de extrema importância esclarecer o paciente sobre o uso concomitante de substâncias psicoativas com outras drogas utilizadas para o atendimento odontológico, orientando quanto à gravidade dessa interação para o organismo do usuário e implicações no mecanismo de resposta imunológica e cicatricial.

Salientamos também os efeitos colaterais das drogas administradas durante o tratamento psiquiátrico, dificultado por uma baixa qualidade de higiene oral, alterações cognitivas, limitações comportamentais, baixa escolaridade, deficiência física, baixa motivação, causando xerostomia ou sialorréia. Atualmente, sabe-se que esses medi-

camentos não alteram diretamente as glândulas salivares, mas reduzem a salivagem não estimulada. Com isso, a recuperação da salivagem normal ocorre após a cessação da medicação.

Segundo a Federação Dentária Internacional (FDI), mais de 700 tipos de drogas e formulações podem alterar e desenvolver transtornos de fluxo salivar..

Abaixo, destacamos alguns tipos de drogas utilizadas no CRATOD para o acompanhamento psiquiátrico e seus efeitos colaterais bucais de acordo com suas bulas:

Tabela 02. Efeitos colaterais bucais de

medicamentos psicotrópicos

Medicação	xerostomia	sialorréia	bruxismo
Ácido Valpróico	×		
Carbamazepina	×		
Carbonato de Lítio	×		
Clonazepam	×		
Cloridrato de Biperideno	×	×	
Cloridrato de Prometazina	×		
Diazepam	×		
Fluoxetina	×		×
Haloperidol	×	×	
Lorazepam	×		
Periciazina	×		
Risperidona		×	
Sertralina	×		×

É importante observar que a maioria destas medicações tem como efeito colateral a xerostomia (diminuição do fluxo salivar) potencializando a sensação de ardor e propiciando o aparecimento de lesões na mucosa bucal. Algumas também têm como efeito a sialorréia (aumento do fluxo salivar), outras promovem uma instabilidade oclusal que também pode ser exacerbada pelo uso de SPA, denominada bruxismo ou bruxismo.

No caso de drogas anticonvulsivantes, adicionamos um alto potencial no desenvolvimento de hiperplasias na região gengival e mucosa.

Devemos observar os sinais e sintomas relatados pelos pacientes, que podem estar relacionados aos transtornos, às fissuras e à Síndrome de Abstinência. Intervir de forma séptica, não negligenciando o olhar para o indivíduo. Como as substâncias agem no centro

do prazer, muitos usuários alteram seu padrão alimentar quando vivenciam a abstinência das drogas, levando a um consumo exagerado de açúcar, como um fator compensatório, que aliado à baixa qualidade de higiene oral, predispõe o organismo ao aumento das lesões de cárie, e por consequência, à perda do elemento dental.

A hipossalivação pode predispor ao aparecimento de cárie de forma distinta. Cáries oclusais e interproximais estão mais presentes em pacientes com salivagem normal. Os pacientes com hipossalivação apresentam mais cáries incisais, cervicais e nas cúspides; este fato talvez ocorra pela diminuição da limpeza mecânica destas regiões, em função da ausência de saliva e diminuição da capacidade tampão (17).

Frente a um quadro de hipossalivação severa, cabe ao cirurgião dentista entrar em contato com o médico responsável pela prescrição e propor a troca do medicamento, avaliando sempre o custo-benefício para que o paciente não sofra uma descompensação de sua doença psíquica.

Uma das preocupações dos cirurgiões dentistas são as interações medicamentosas.

Assim como todo paciente, os dependentes químicos podem sofrer complicações em decorrência do tratamento odontológico, principalmente se os protocolos de atendimento não forem observados, os quais vão além das interações medicamentosas, até às alterações vasculares e respiratórias. No caso da analgesia, por exemplo, os dependentes químicos apresentam maior tolerância aos efeitos dos anestésicos locais (derivados de opióides), situação que dificulta procedimentos que requerem sua sedação. Isso explica porque às vezes o uso da lidocaína, que é o anestésico de eleição por sua baixa toxicidade (absorção lenta, boa efetividade e boa analgesia), não seja indicado em usuários de cocaína e crack. Pacientes que fazem uso de antidepressivos tricíclicos (amitriptilina por exemplo) não podem utilizar anestésicos com adrenalina,

noradrenalina ou fenilefrina, por promoverem aumento de pressão arterial e arritmias cardíacas, desencadeando alterações vasculares. Nestes casos, a melhor indicação seria o uso de prilocaína com felipressina.

Quando se trata de pacientes usuários crônicos de ansiolíticos, o cirurgião dentista deve estar atento, pois estes podem apresentar maiores chances de depressão cardiorrespiratória,

Devido à imunossupressão da maioria dos usuários de drogas, alguns procedimentos, principalmente os cirúrgicos, devem prever cobertura antibiótica.

Do ponto de vista psicológico, aplicamos também recursos de uma técnica motivacional bem utilizada nos tratamentos de drogadição, que consiste no reforço positivo, o Manejo de Contingências, que visa controlar o comportamento através da manipulação das consequências. O paciente sabe por exemplo que, mantendo a abstinência, o tratamento pode ser realizado sem nenhum risco à sua saúde e a reabilitação protética é condicionada a esse comprometimento pessoal, uma vez que é orientado quanto à importância de seu papel como protagonista de seu tratamento, e à responsabilidade de tentar se manter em abstinência, para que consiga realizar o tratamento de uma forma eficaz e segura. Os usuários de drogas têm respondido bem ao tratamento e a esse entendimento.

A prótese dentária também desempenha uma função importante no tratamento pois, além da reabilitação oclusal e funcional dos pacientes, através dela consegue-se devolver a estética, propiciando o resgate da dignidade e da autoestima destes pacientes, dessa forma auxiliando na sua reinserção social e no mercado de trabalho.

Revisões periódicas serão realizadas de acordo com o grupo de manutenção, como acompanhamento clínico e como es-

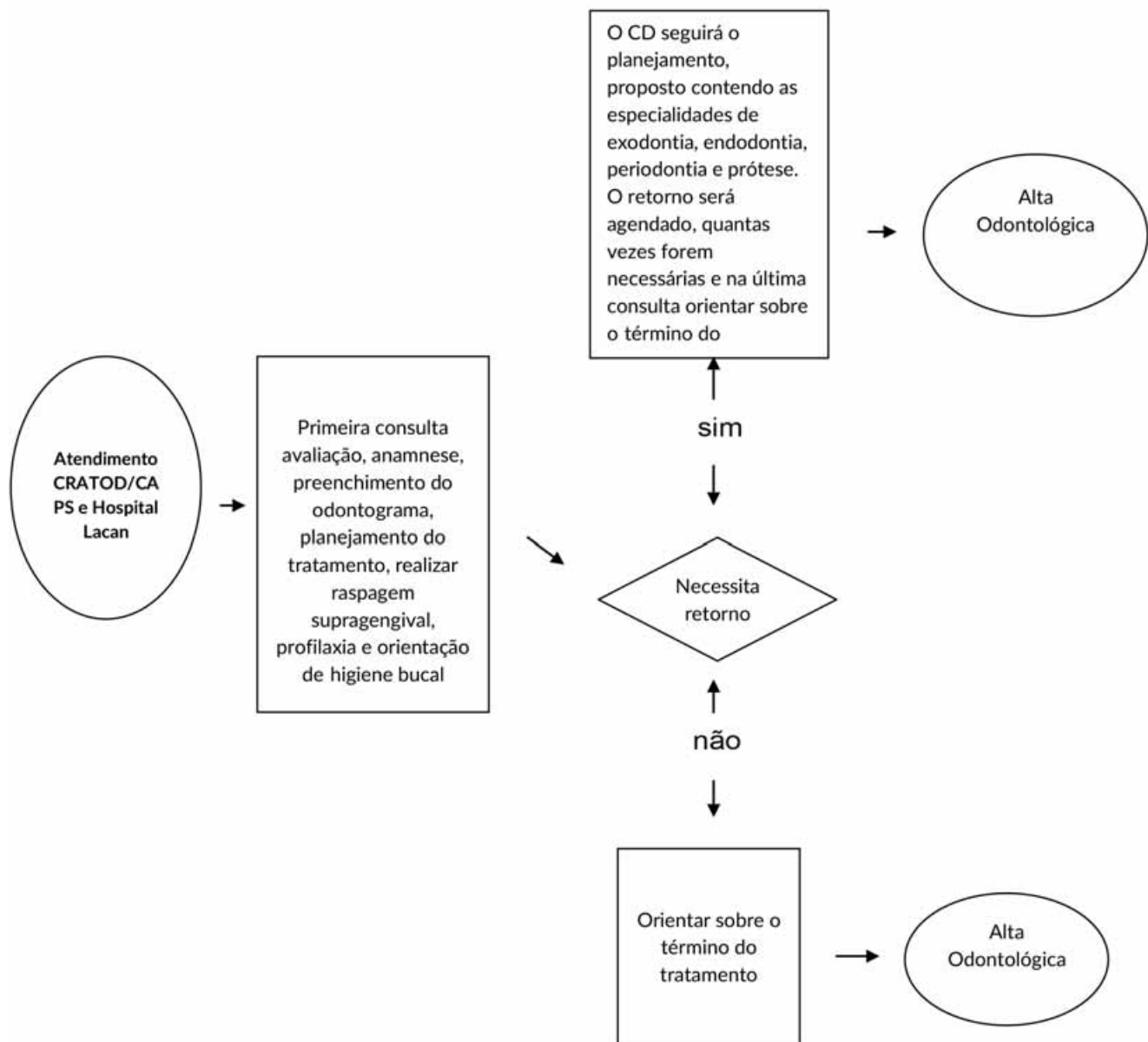
estratégia para manter a Prevenção de Recaída.

Dessa maneira, o papel do cirurgião dentista, ao longo dos anos, tem-se fortalecido em identificar e tratar os sintomas e as doenças bucais que, em sua maioria, são decorrentes do uso de drogas, mas não há como negligenciar e também identificar as consequências e os motivos que levaram o usuário à ocorrência da dependência, pensando no indivíduo em

sua totalidade, para que seja possível oferecer outros referenciais e subsídios que visem mudanças de seu comportamento.

Buscando a integralidade no atendimento, a inclusão do cirurgião dentista na equipe multidisciplinar de saúde mental é imprescindível para a qualidade de vida desta população.

Fluxograma 1 - Atendimento CAPS-CRATOD, Recomeço Helvétia e Hospital Lacan



Referências Bibliográficas

1. Pizzatto *et al.* Alterações bucais presents em dependents químicos. Revista sul brasileira de Odontologia, v6, n1, 2009.
2. Liber CS. Herman award lecture: a personel perspective on alcohol, nutrition andthe liver. Am J Clin Nutr. 1993;58:430-42.
3. Shafer WG, Hine MK, Levy BM, Tomich CE. Tratado de patologia bucal. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987.
4. Darling MR, Arendorf TM, Coldrey NA. Effect of cannabis use on oral candidal carriage. Journal Oral Pathol Med. 1990;19(7):319-21.
5. Kapila YL, Kashani H. Cocaine-associated rapid gingival recession and dental erosion. A case report. J Periodontol 1997 May;68(5):485-8.
6. Picozzi A, Dworkin SF, Leeds JG, Nash J. Dental and associated attitudinal aspects of heroin addiction: a pilot study. J Dent Res 1972 May-Jun;51(3):869.
7. Ribeiro M, Laranjeira R. O Tratamento do Usuário de Crack. 2.ed.São Paulo: artmed, 2012.
8. Pellegrino T, Bayer BM. In vivo effects of cocaine on immune cell function. J Neuroimmunol 1998 Mar 15;83(1-2):139-47.
9. Baldwin GC, Buckley DM, Roth MD, Kleerup EC, Tashkin DP. Acute activation of circulating polymorphonuclear neutrophils following in vivo administration of cocaine. A potential etiology for pulmonary injury. Chest 1997 Mar;111(3):698-705nd Drugs Survey (BNADS). Addict Behav. 2014;39:297-301.
10. Carvalhaes CLL. Dissertação Mestrado 2014
10. Shen HM, Kennedy JL, Ou DW Inhibition of cytokine release by cocaine. Int J Immunopharmacol 1994b;16:295-300.
12. Antoniazzi RA, Bortolotto FC, Backers DS. Efeitos do crack na Saúde Bucal:Revisão de Literatura.
13. Pedreira RHS, Remencius L, Navarro MFL, Tomita NE. Condições de saúde bucal de drogaditos em recuperação. Rev Odontol Univ São Paulo. 1999;13(4):395-9.
14. Colodel EV, Silva ELFM, Zielak JC, Zaitter W, Michel-Crosato E, Pizzatto E. Alterações bucais presentes em dependentes químicos RSBO 2009;6(1):44-8.
15. Parry J, Porter S, Scully C, Flint S, Parry MG. Mucosal lesions due to oral cocaine use. Br Dent J 1996 Jun 22;180(12):462-4.
17. Peeters FPML, Devries MW, Vissink A. Risks for oral health with the use of antidepressants. General Hospital Psychiatry, 1998;20:150-154.
18. Seyer BA, Grist W, Muller S. Aggresive destructive midfacial lesion from cocaine abuse. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002; 94:465-470.

C A P Í T U L O

28

O papel do psiquiatra no CAPS

Marcia Moutinho
Erika F. C. Pellegrino

“Os indivíduos desenvolvem maneiras peculiares de estar no mundo e de vivenciar seus sofrimentos, alegrias, frustrações, vitórias e inseguranças. Da mesma maneira, estabelecem relações com suas experiências de enfermidade que são singulares e sustentadas em determinado campo relacional”(1)

Introdução

Como resultado do movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica no Brasil, desde o fim da década de 70, os CAPS passaram a constituir o modelo de assistência preferencial para abarcar os referenciais clínicos, científicos e políticos que procuram desinstitucionalizar os transtornos psiquiátricos e garantir um modelo de saúde mental centrado nos conceitos de rede, território e autonomia no lugar da exclusão (3). Como o próprio nome da reforma evoca, deve-se questionar o quanto a psiquiatria como saber médico, munida de uma posição de poder política e historicamente constituída, muitas vezes foi associada a uma lógica higienista e excludente, e como então vem sendo constituída de outras maneiras dentro do modelo de CAPS.

Podemos considerar que entre as principais atribuições do psiquiatra estão o diagnóstico e sua comunicação ao paciente e seus familiares, prescrição de medicamentos ou indicação de outras atividades terapêuticas, fornecimento de laudos e pareceres técnicos, manejo de situações de crise ou urgência e acompanhamento ou rastreamento de situações médicas gerais. Num contexto de CAPS, essas atividades podem se ampliar de maneira interessante, incluindo, por exemplo, a realização de visitas domiciliares, arti-

culação com outros serviços da rede, promoção de ações de psicoeducação individuais e em grupo e composição da equipe multidisciplinar de modo a integrar o olhar e o tratamento psiquiátrico ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) do paciente.

Trabalhar em equipe nem sempre é tão simples quanto parece; é preciso fundamentalmente “descentrar espaços”, termo de Lobosque (2). Isso significa desmistificar a cultura do lugar central do médico na articulação do tratamento do usuário na crise e em todo o percurso do acompanhamento. As necessidades do paciente deixam de ser endereçadas de forma específica ao psiquiatra e passam a ser trabalhadas por toda a equipe multidisciplinar.

O papel do psiquiatra nas equipes e grupos

A eficácia da intervenção terapêutica está estreitamente relacionada à organização do trabalho da equipe, sendo algumas características de uma equipe integrada e automaticamente favorável à transformação positiva do usuário (4):

- comunicação clara e não contraditória;
- distribuição do poder;
- importância dos conhecimentos da afetividade e da responsabilidade;
- discussão e planejamento do trabalho;
- socialização dos conhecimentos;
- autocrítica e avaliação periódica.

No CAPS CRATOD, o psiquiatra tem sua agenda para atendimentos individuais, mas também tem horários dedicados à participação em grupos e reuniões de equipe. Dentre os grupos preferenciais para contar com a presença do psiquiatra, estão os grupos de Pré-projeto e Projeto, que são obri-

gatórios para os pacientes nas primeiras seis semanas de tratamento e após esse período, respectivamente.

No Pré-projeto, como os pacientes estão iniciando o tratamento, é frequente encontrarmos sintomas importantes de abstinência ou fissura, como inquietação, ansiedade e insônia, e a demanda por atendimento médico é muito grande. A presença do psiquiatra no grupo é interessante para que seja possível fazer uma triagem, já nesse primeiro contato, de quem pode se beneficiar de medicamentos ou de uma intervenção diagnóstica, a mais pontual e urgente possível e que não pode aguardar a espera média de 2 a 3 semanas para uma consulta agendada. Esse tipo de intervenção melhora a adesão e o vínculo com a equipe como um todo, o que pode se estender em parte ao grupo do Projeto, no qual a presença do psiquiatra tem menos a função de cuidar de crises e mais a de fortalecer o vínculo terapêutico e acompanhar junto com sua equipe o desenvolvimento dos casos.

A presença do psiquiatra na reunião de equipe é essencial para que se discutam os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) dos pacientes, juntamente com os profissionais de referência e os demais membros da equipe. Além da possibilidade de agregar o saber médico relativo a hipóteses diagnósticas, o fato de todos os pacientes passarem por atendimentos individuais cuidadosos e detalhados, com realização de anamnese psiquiátrica, pode trazer muitos dados que não aparecem em grupos ou em atendimentos mais diretos. Na via oposta, há informações sobre o comportamento e funcionamento do paciente em contextos de grupo ou oficinas, bem como saberes específicos de profissionais de outras áreas de conhecimento, imprescindíveis para uma boa apreensão diagnóstica e elaboração de PTS.

O atendimento à crise psiquiátrica

Poderíamos fazer uma relação das formas comumente utilizadas no manejo da crise psiquiátrica, exemplificando-as a partir do tratamento farmacológico, psicológico e psiquiátrico; porém sabemos que essas formas de abordagem se inter-relacionam o tempo todo, e variam de acordo com diversas situações.

No manejo de uma situação de crise, é fundamental atentar para fatores ambientais e situacionais que podem piorar um quadro de agitação, como exposição a um ambiente com excesso de estímulo. Assim, o que em muitas situações é considerado ambiente terapêutico, como uma sala de psicoterapia de grupo, em uma situação de crise pode agravar a situação. Por isso, todos os profissionais devem estar atentos para sinais de agitação psicomotora para encaminhar um paciente que esteja passando por um período de stress agudo a um ambiente mais calmo e reservado. Foi reservado um espaço dessa natureza para observação desses pacientes dentro do próprio CAPS (Sala de Intercorrências), onde eles contam com assistência da enfermagem e são avaliados pelo médico e a equipe.

As principais intercorrências que requerem avaliação e possível intervenção psiquiátrica no CAPS - CRATOD são quadros de intoxicação, abstinência e ideação suicida. Em todos esses casos, a avaliação psiquiátrica é fundamental para descartar quadros que possam levar a maiores complicações, como *Delirium Tremens*, uma forma grave da abstinência por álcool que tem elevada taxa de mortalidade e deve ser tratada em regime de internação. Num quadro de ideação suicida, é importante averiguar o risco real para indicar as medidas protetivas cabíveis (como solicitar a presença de um acompanhante).

Nos casos em que o manejo verbal, comportamental e farmacológico no CAPS

se torna insuficiente, contamos com a re-taguarda de Observação do CRATOD (Urgência-Recomeço), onde podemos manter o paciente durante a noite ou por um período curto de dias até compensação da crise, ou podemos articular o encaminhamento para internação psiquiátrica ou avaliação em serviço de emergência, quando necessário.

Comorbidades Psiquiátricas na Dependência Química

Na saúde mental, ao contrário das demais áreas médicas, não falamos de doença, mas de transtornos. Isso não se dá meramente por diferença semântica, mas sim porque os transtornos psiquiátricos constituem-se enquanto construto que depende do que se considera adequado, tolerável ou saudável para determinada sociedade. Apesar de pensarmos em critérios até certo ponto objetivos para definir o que constitui dependência de substância (como frequência de uso e prejuízos na vida), existem inúmeros fatores, tanto em termos de estruturas psíquicas quanto nos âmbitos sociais, afetivos, familiares e situacionais que podem ter como destino comum o uso descontrolado de substâncias.

Muitos desses fatores incluem um outro transtorno mental associado, como o Transtorno de ansiedade, Transtorno depressivo, Transtorno Bipolar, Transtornos psicóticos (como a esquizofrenia) ou Transtornos de personalidade, assim como outros comportamentos compulsivos ou de dependência. Nem sempre é possível estabelecer temporalmente o que veio primeiro, principalmente quando tratamos pacientes graves, e os diferentes transtornos se influenciam mutuamente, o que torna fundamental um olhar diagnóstico e terapêutica adequada para essas condições

associadas, para um bom manejo do quadro de dependência (5).

O auxílio Psicofarmacológico

Os diferentes medicamentos possuem uma eficácia terapêutica que pode ser sintomática, curativa ou preventiva. Em psiquiatria, e principalmente em dependência química, é mais comum o uso do medicamento com eficácia terapêutica sintomática, visando controlar ou suprimir uma expressão do problema do paciente que seja nociva ou incômoda para ele ou que impeça uma comunicação entre ele, seu ambiente e o meio.

Por isso, além da redução sintomatológica (fissura, síndrome de abstinência, psicose), a medicação não tem o papel de modificar por si própria o curso natural do problema do paciente, mas de estabelecer condição diferente de relação entre ele e seu problema ou entre ele, a equipe e o meio ambiente. Devem-se tratar farmacologicamente quadros comórbidos, o que pode modificar o curso desse quadro (como um transtorno depressivo ou ansioso) e influenciar o manejo da dependência.

É importante lembrar que há características particulares a se levar em consideração quando introduzimos medicações na população em situação de vulnerabilidade social, que na maioria das vezes vive em situação de rua ou albergue. Como muitas vezes o paciente não se sente seguro ou protegido, ele procura pedir para que se evitem fármacos excessivamente sedativos, ou que o deixem com sensação de lentificação, o que seria desfavorável num contexto de ameaça. Não atentar a isso pode não só levar a má-aderência ao tratamento, como comprometer o vínculo terapêutico e colocar o paciente em situação de risco.

Por esta razão, para Saraceno *et al* (4), cada decisão de uma intervenção farmacológica deve estar incluída dentro de uma estratégia geral que tem em seu centro o PTS do usuário, e não a simples eliminação dos sintomas. Caso contrário, os psicotrópicos, quando mal administrados, especialmente em dependência química, podem representar o maior obstáculo da relação do paciente dentro e fora da instituição e dele em relação a seu próprio projeto de vida.

Considerações finais

O papel do psiquiatra no CAPS compreende mais do que o senso comum de

somente fazer diagnóstico e prescrever medicamentos, o que se torna particularmente importante ao tratar um problema complexo com múltiplos determinantes, como a dependência química. O trabalho com pacientes em situação de vulnerabilidade só é possível em equipe, e a natureza deste trabalho num CAPS-AD requer o exercício constante da auto-crítica do poder médico. Essa é uma posição privilegiada para que a psiquiatria possa se reformular como saber e prática, de modo a não apenas se adequar, mas constituir as mudanças eticamente mais alinhadas ao que se busca em uma sociedade mais justa e inclusiva e num modelo de assistência que tem como prioridade o cuidado, e não a exclusão.

Referencias Bibliográficas

1. Alves PC. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio antropológicos da doença: Breve revisão crítica. *Cad.Saúde Pública*. 2006, 22(8):1547-54.
2. Lobosque AM. *Experiências da Loucura*. Rio de Janeiro: Gramond, 2001
3. Rinaldi DL, Bursztyn DC. O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arq. bras. psicol.*, 2008; 60(2): 32-9.
4. Saraceno B. *Et al*. *Manual de saúde mental*. São Paulo: Hucitec, 2001.
5. World Health Organization (WHO). *WHO Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-publication data. p. 169-207, 2004.

C A P Í T U L O

29

O manejo medicamentoso no tratamento
da Dependência Química no CAPS - CRATOD

Natali Maiumi Higashi Marconi
Luiz Gustavo Vala Zoldan

Um dos pilares do tratamento da dependência química ambulatorial é o tratamento medicamentoso. Quando bem utilizadas, as medicações podem auxiliar na diminuição do comportamento de busca pela substância, ajudar no controle da fissura, tratar comorbidades, permitir manejo de intercorrências, dentre outras abordagens.

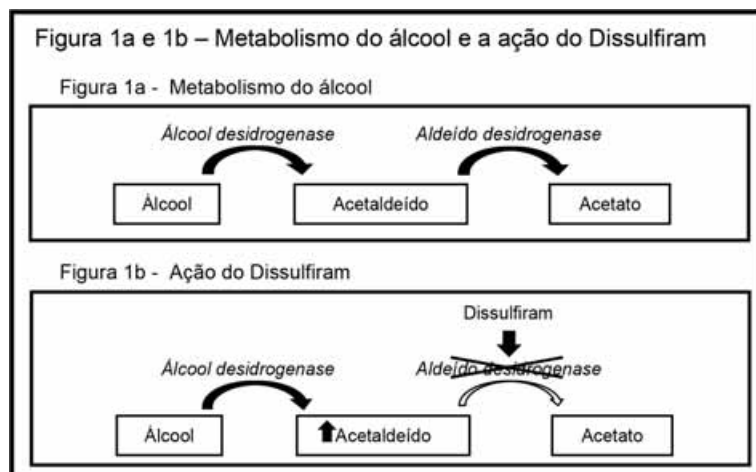
As medicações no manejo do comportamento de busca

Álcool

No CAPS-CRATOD, as medicações mais utilizadas para o tratamento do comportamento de busca pelo álcool são a Naltrexona, o Dissulfiram e o Topiramato. Dentre as opções citadas, a Naltrexona é a mais frequentemente prescrita.

A Naltrexona é um antagonista de receptores opioides que age bloqueando a liberação de opioides endógenos no Sistema de Recompensa cerebral, principalmente na Via Mesolímbica, atenuando, assim, os efeitos prazerosos do álcool e, conseqüentemente, tornando a sua procura menos relevante. Observamos que nossos pacientes relatam uma perda de interesse em ingerir a mesma quantidade de bebida alcoólica de que antes costumeiramente faziam uso. Dessa forma há uma redução significativa da quantidade de álcool ingerida e possível evolução para abstinência. Antes e durante o tratamento há necessidade de monitorizar as enzimas do fígado Transaminase Glutâmico Oxalacética (TGO/AST) e Transaminase Glutâmica Pirúvica (TGP/ALT), tendo em vista que um quadro de insuficiência hepática contraindica o uso da medicação e um possível aumento dessas enzimas pode ocorrer durante o tratamento com o fármaco em questão.

Antes de abordar o efeito do Dissulfiram, vale relembrar o metabolismo do álcool no organismo. No fígado, o álcool é transformado em acetaldeído pela ação da enzima *álcool-desidrogenase*, em seqüência, o acetaldeído é convertido em acetato pela ação da enzima *aldeído desidrogenase* (Figura 1a). O Dissulfiram é um inibidor irreversível da enzima *aldeído desidrogenase*, assim ocorre um acúmulo de acetaldeído no organismo, caso o paciente faça uso de álcool (Figura 1b). Sabidamente, esse acúmulo leva ao Efeito Antabuse com rubor facial, cefaleia, taquicardia, precordialgia, náusea, vômito, sudorese. Se houver aumento na ingestão de álcool, o quadro pode evoluir para vertigem, visão turva, confusão mental, rebaixamento do nível de consciência, coma e até óbito (1). Todas essas reações desagradáveis fazem o paciente evitar a ingestão de álcool. Desse modo, a indicação de Dissulfiram deve ser feita para pacientes bem aderidos ao tratamento, que apresentam crítica sobre sua situação e clareza sobre os possíveis efeitos que a medicação pode apresentar diante do uso do álcool. O profissional deve explicar distintamente sobre o fármaco e avaliar o risco-benefício de sua prescrição. Muitos pacientes do CAPS-CRATOD apresentam dificuldade em seguir o tratamento com Dissulfiram e alguns optam por nem mesmo iniciar o uso dessa medicação. Observa-se que a falta de estrutura sóciofamiliar, a ocorrência de comorbidades tanto psiquiátricas quanto clínicas e a ambivalência no tratamento são alguns dos fatores que impedem os pacientes de concluírem o tratamento com esse medicamento. Mostra-se extremamente necessária a abordagem multidisciplinar e a realização de intervenções psicossociais paralelas à sua indicação. Vale destacar que, quando bem indicado, o Dissulfiram contribui muito para o tratamento da dependência de álcool, e tem conseguido evitar a recaída após períodos significativos de abstinência.



O Topiramato apresenta-se como uma opção no tratamento do alcoolismo. Sua recomendação baseia-se em sua ação no Sistema de Recompensa, com aumento da atividade gabaérgica, que é inibitória, e do bloqueio da via glutamatérgica, que é excitatória, levando a uma redução da liberação de dopamina no *núcleo accumbens*, assim havendo diminuição dos efeitos do álcool nesse sistema. Dos pacientes que tiveram a indicação do Topiramato, uma significativa parcela teve boa resposta, apresentando uma redução no comportamento de busca pelo álcool, e alguns estão conseguindo manter a abstinência por períodos mais longos (2).

Cocaína e crack

Dentre as substâncias estimulantes, a cocaína e o crack merecem destaque, tendo em vista a alta prevalência de pacientes do CAPS-CRATOD que fazem uso desse alcaloide e de seu subproduto em questão. Na grande maioria das vezes, esses pacientes buscam ajuda quando o uso já ocasionou significativas complicações físicas, psíquicas, sociais e ocupacionais.

Embora não haja medicações aprovadas para o tratamento dessa adicção, observamos boa resposta com a indicação de Clorpromazina, no manejo de fissura e sintomas de abstinência, e de Ácido Valpróico e Risperidona para controle de impulso e redução de busca pela

droga. Dessa forma, são medicações comumente indicadas em nosso serviço e geralmente bem toleradas pela maioria dos pacientes.

Em meio às demais opções para o tratamento da dependência da cocaína e do crack, merecem destaque, no CAPS-CRATOD, as mesmas apresentadas para o tratamento do alcoolismo. A Naltrexona e o Topiramato, com suas ações no Sistema de Recompensa, têm contribuído para um controle maior na busca pela droga, também. Os pacientes que receberam indicação do uso desses fármacos têm relatado redução na fissura e maiores períodos abstinentes. O uso de Dissulfiram, para esses casos, apoia-se em sua ação no sistema dopaminérgico, pois bloqueia a enzima *dopamina β Hydroxilase*, impedindo a conversão da dopamina em noradrenalina, dessa maneira ocorre um acúmulo de dopamina e maior intensidade de sintomas como paranoia e ansiedade, configurando um efeito aversivo no paciente. Os cuidados na sua indicação devem ser os mesmos tomados com os pacientes dependentes de álcool (1,2).

Maconha

Quando o paciente traz o desejo de ficar abstinente da maconha, estamos diante de um grande desafio no tratamento da Dependência Química. Neste contexto, ressaltamos

que é raro o paciente que procura o serviço em busca de tratamento apenas para o uso de maconha, geralmente este uso está inserido em um contexto de uso de outras substâncias.

Diante de um cenário controverso sobre o uso dos derivados de Cannabis, há uma carência de estudos e consequentes conclusões sobre as abordagens desses pacientes. Não existe um protocolo bem estabelecido, mas nossa prática no CAPS-CRATOD mostra que o acompanhamento multidisciplinar com diversas técnicas de abordagem, como Entrevista Motivacional e Manejo de Contingências, é mais efetivo do que apenas o uso de medicação. (Terapêutica não medicamentosa apresenta mais êxito do que a Terapêutica medicamentosa).

Algo que ajuda muito, é identificar as causas que levam o paciente a fazer uso da maconha, sendo que muitos alegam que a maconha contribui para redução da ansiedade, melhora da insônia e redução da fissura por outras substâncias. Considerando essas situações podemos auxiliar nas razões que levam o indivíduo ao uso do Cannabis e, por consequência, reduzir ou até mesmo interromper seu uso. Lembrar que não há recomendação bem estabelecida medicamentosa para evitar o comportamento de busca pela maconha.

Opioides e derivados

Nos últimos anos, percebemos um aumento no número de pacientes que apresentam uso ou padrão de dependência de derivados de opioide. Dentro dessa categoria, o uso de heroína, um opioide semissintético, é o mais frequente entre os pacientes do CAPS-CRATOD.

Devido à gravidade, quadros de Intoxicação Aguda ou Síndrome de Abstinência são encaminhados à Observação/Urgência Recomeço para melhor serem monitorados. São sinais claros de intoxicação: ativação, euforia ou disforia, sensação de calor e rubor facial, cocei-

ra, atenção prejudicada, analgesia, constipação intestinal, constrição pupilar, em casos graves pode haver depressão respiratória e arreflexia. Na apresentação de instabilidade clínica, os pacientes devem ser prontamente encaminhados para a sala de estabilização, para manejo clínico e suporte. A medicação usada como antídoto em quadros de overdose é a Naloxona, na dose de 0,8 mg, dose de ataque, podendo ser repetida.

Estabelecido o quadro de dependência de opioide (heroína, xaropes e elixires, morfina), o tratamento é baseado na terapia de substituição. Há que se atentar para a presença ou não de sintomas de abstinência, caracterizados por humor deprimido, disforia, piloereção, lacrimejamento, rinorréia, hiperalgesia (dores nas articulações e músculos), diarreia, câimbras gastrointestinais, náuseas, vômitos, dilatação pupilar, fotofobia, insônia, bocejos e principalmente hiperatividades autonômica (taquicardia, sudorese, hipertensão, taquipnéia e hipertermia).

Em geral, as evidências sugerem que os pacientes ambulatoriais têm uma maior probabilidade de êxito para atingir e manter a abstinência de uso de opióides quando a abstinência supervisionada é realizada em períodos mais longos do que em períodos mais curtos. Especificamente, a experiência clínica sugere que as abstinências de pacientes ambulatoriais que demorem 4 semanas ou menos, provavelmente produzam recaída do uso de opióides, em comparação às abstinências que duram 26 semanas. Quando realizadas em ambiente hospitalar, abstinências mais breves são possíveis e geralmente obtêm êxito, desde que haja supervisão e apoio por parte do ambiente hospitalar. Na terapia farmacológica de substituição são farmacoterapias da mesma classe da substância abusada. Elas podem ser a mesma substância que foi abusada ou uma substância similar. Há atualmente duas medicações de substituição principais utilizadas para abstinência de opióides: metadona e buprenorfina.

Em relação ao uso da metadona, um dos protocolos utilizado está baseado na definição da síndrome de abstinência, definida pelos seguintes critérios:

- 1 – Midríase;
- 2 – 10 mm Hg de aumento na pressão arterial sistólica;
- 3 – 10 batimentos por minuto de aumento na frequência cardíaca;
- 4 – todo o conjunto: sudorese, calafrios, suspiros, dor no corpo, diarreia, rinorreia, lacrimejamento.

Se o paciente apresentar dois ou mais critérios, receberá metadona – 10 mg. O paciente é checado a cada 4 horas durante o primeiro dia no hospital e uma dose de 10 mg de metadona é dada, caso apresente dois dos critérios acima. A dose total de metadona nas primeiras 24 horas, que raramente é maior do que 50 mg, é definida como a dose de estabilização. No segundo dia, a mesma dose é dividida em duas. A dose total diária de metadona é então reduzida em variações de 5 mg/dia até que se complete a retirada. Após a última dose de metadona, é dada clonidina em uma dose de 0,3-1,2 mg, objetivando evitar ou aliviar os sintomas noradrenérgicos devidos à síndrome de abstinência. A metadona também pode ser utilizada de forma ambulatorial para a abstinência de opióides. Quando utilizada dessa maneira, as doses são tipicamente reduzidas mais lentamente (em geral, semanalmente, ou até em intervalos de tempo maiores), e as reduções podem ocorrer em incrementos progressivamente menores quando as doses diárias chegam a 30 mg ou menos

Quanto ao uso da buprenorfina, um agonista parcial dos receptores de opióides tipo mu (μ), há resultados promissores no manejo da síndrome de abstinência de opióides. A buprenorfina é mais potente que a meperidina, pode ser administrada pela via sublingual

ou parenteral, possui uma meia-vida longa, e tem um risco de abuso potencialmente baixo (ainda que tenha sido utilizada equivocadamente pela via injetável). Quando utilizada em tratamento de manutenção, a dosagem recomendada é de 8-16 mg/dia. A buprenorfina é igualmente eficaz quando dada três vezes por semana (4).

As medicações para o tratamento das Comorbidades

Comorbidades são comuns nos pacientes com abuso/dependência de substâncias psicoativas, no CAPS-CRATOD há, com maior frequência, transtornos depressivos, transtornos ansiosos, transtorno bipolar, transtornos psicóticos, transtorno de personalidade, comprometimento cognitivo, entre outras. Diante dessa realidade, há acesso a um arsenal medicamentoso amplo. Além dos antidepressivos presentes na rede, como os Tricíclicos Amitriptilina e Imipramina; e os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), Fluoxetina e Sertralina; dispomos de outros ISRS, como o Citalopram e a Paroxetina, e de antidepressivo dual, como a Venlafaxina. Dos Estabilizadores de Humor, há os anticonvulsivantes Carbamazepina, Ácido valpróico e Topiramato; e Carbonato de lítio. Além dos Antipsicóticos Típicos Haloperidol, Clorpromazina e Levomepromazina, há acesso ao Antipsicótico Atípico Risperidona. Vale destacar que, caso o paciente apresente indicação, podemos solicitar Medicação de Alto-Custo para outros Antipsicóticos Atípicos como Olanzapina e Quetiapina (2).

Comumente nota-se a dificuldade de alguns pacientes em administrar as medicações prescritas, objetivando minimizar os riscos de erro na ingestão medicamentosa, realizou-se, em parceria com as equipes de Enfermagem

e da Farmácia, a implementação dos Sistemas de Medicação Supervisionada e Fracionada. No Sistema de Medicação Supervisionada o paciente recebe diariamente a medicação no Posto de Enfermagem e no Sistema de Medicação Fracionada o paciente retira semanalmente sua medicação na Farmácia do CRATOD. Foi observada melhor assistência e adesão nos casos que participam desses dois sistemas, sendo positivo o balanço desses sistemas.

Manejo medicamentoso de Intercorrências no CAPS-CRATOD

Quadros de síndrome de abstinência alcoólica (SAA) grave, intoxicações agudas graves, agitação psicomotora, tentativas de suicídio e rebaixamento significativo do nível de consciência são levados prontamente para o setor de Observação/Urgência Recomeço.

Entretanto, algumas situações merecem atenção imediata no CAPS-CRATOD, mesmo não tendo indicação de ida ao setor de Observação/Urgência Recomeço, em um primeiro momento. Dentre essas circunstâncias, as mais corriqueiras são: SAA leve a moderada, intoxicações agudas leves a moderadas e inquietação.

Não raramente há quadros de SAA leve a moderada no CAPS-CRATOD. Esse estado exige um cuidado imediato, mas passível de abordagem ambulatorial. Inicialmente conduz-se o paciente para uma sala tranquila livre de estímulos externos, a Sala de Intercorrências do CAPS. Realiza-se, então, a avaliação clínica inicial e monitorização dos sinais vitais, além da verificação da glicemia capilar. Sempre que possível, é importante questionar quando ocorreu o último uso de álcool, considerando a possibilidade de iniciar a SAA já nas primeiras

seis horas, após a interrupção da ingesta alcoólica. Atenta-se à presença e quantificação dos tremores, principalmente de extremidades e língua, mal-estar com náusea e êmese, desorientação alopsíquica, aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial, inquietação, alteração do humor, sudorese, caimbras, cefaleia, insônia. Diante de tremores finos, sudorese discreta, orientação alopsíquica, juízo de realidade e crítica preservados, ausência de complicações e comorbidades graves é possível completar o tratamento ambulatorialmente.

Se o quadro apresentar piora durante sua avaliação no CAPS-CRATOD, configurando uma SAA grave, ou se o paciente apresentar histórico de SAA grave com complicações como *delirium tremens* e convulsão, o paciente vai para a Observação/Urgência Recomeço, para ser melhor assistido em suas necessidades.

Embora a sua forma de reposição ainda seja controversa, é indicada a administração de tiamina (vitamina B1), intramuscular nos primeiros dias e via oral nos dias subsequentes, com a finalidade de evitar a encefalopatia de Wernicke, síndrome caracterizada pela tríade ataxia de marcha, confusão mental e anormalidades de movimentação ocular extrínseca. Perante a SAA leve a moderada, a prescrição de benzodiazepínicos será norteada de acordo com os sinais e sintomas que irão se manifestar. Inicia-se a administração, via oral, de benzodiazepínico, habitualmente Diazepam 10mg, devido a sua meia vida mais longa. A reavaliação a cada hora poderá ou não indicar repetição da dose. Em um contexto ambulatorial, geralmente, os pacientes apresentam melhora com 20mg de Diazepam. Pacientes com comprometimento hepático e idosos tem indicação de fazer uso de Lorazepam 2mg ao invés de Diazepam, visto que o Lorazepam apresenta menos risco de hepatotoxicidade e seu metabolismo por glicuronidação não se altera com a idade. Lembrar que não se deve hidratar desenfreada-

mente, administrar benzodiazepínico endovenoso e prescrever antipsicóticos, a não ser que se apresente uma razão específica como desidratação, impossibilidade de ingestão e *delirium tremens* com alucinação, respectivamente (2,3).

Este paciente, que recebeu benzodiazepínico ambulatorialmente, deverá ser reavaliado diariamente no CAPS-CRATOD. Percebe-se que a maior indicação para o uso de benzodiazepínicos é para a SAA, e que a necessidade de um desmame precoce dessa medicação merece destaque, visto o risco considerável de dependência. Eventualmente, identificam-se pacientes que desenvolveram padrão de dependência para Diazepam.

Diante de um quadro de intoxicação aguda passível de abordagem ambulatorial, primeiramente, aloca-se o paciente na sala de intercorrências do CAPS, configurando um ambiente tranquilo sem estímulos externos. Assegurando, assim, cuidado e proteção. Os sinais vitais são monitorados e o exame físico inicial é realizado. Comumente, é possível aguardar até metabolização da substância que causou a intoxicação, e na maioria das vezes, essas medidas são suficientes.

Não é incomum episódios de ansiedade e inquietação evoluírem para agitação psicomotora durante a intoxicação; frente a esses quadros existe a indicação de encaminhá-los à Observação/Urgência Recomeço, a fim de melhor mane-

jo. Entretanto, eventualmente, a administração de medicações ainda no CAPS, nessas circunstâncias, mostra-se necessária. Fármacos injetáveis como Haloperidol, Prometazina, Clorpromazina e Midazolam são opções para o manejo inicial. É oportuno destacar que os benzodiazepínicos, como o citado Midazolam, não devem ser prescritos quando a intoxicação foi propiciada pelo álcool, visto o risco de rebaixamento cardio-respiratório importante. Frente a esse cenário, logo em seguida, encaminhamos o paciente para o setor de Observação/Urgência Recomeço.

Considerações Finais

A farmacoterapia, quando associada às abordagens não-medicamentosas, contribui significativamente para o tratamento da dependência química no contexto ambulatorial. Realizada de forma adequada, a prescrição de medicamentos auxilia os pacientes a enfrentar as dificuldades presentes nas diversas fases desse acompanhamento.

Frente à escassez de estudos conclusivos, a gama de medicações disponíveis aprovadas para a adicção é restrita. Entretanto a prática clínica nos permite observar que esse arsenal farmacológico traz resultados satisfatórios, na condição de haver um bom vínculo entre o paciente e o profissional assistente.

Referências Bibliográficas:

1. Cordioli AV et al. Psicofármacos: consulta rápida. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2015
2. Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. Parte III
3. Forlenza OV, Miguel EC et al. Compêndio de Clínica Psiquiátrica. 1ª edição. Barueri-SP: Manole, 2012. Cap 26
4. Baltieri DA et al, Tratamento de Síndrome de Dependência de Opióides, Ver Bras de Psiquiatria, 2004; 26(4); 259-69.

C A P Í T U L O

30

O Papel do Médico Infectologista no Contexto
do CAPS -AD

Viviane Briese
Ariadne Ribeiro
Luciane Ogata Perrenoud
Marcelo Ribeiro

A Aids e o Uso de Substâncias Psicoativas

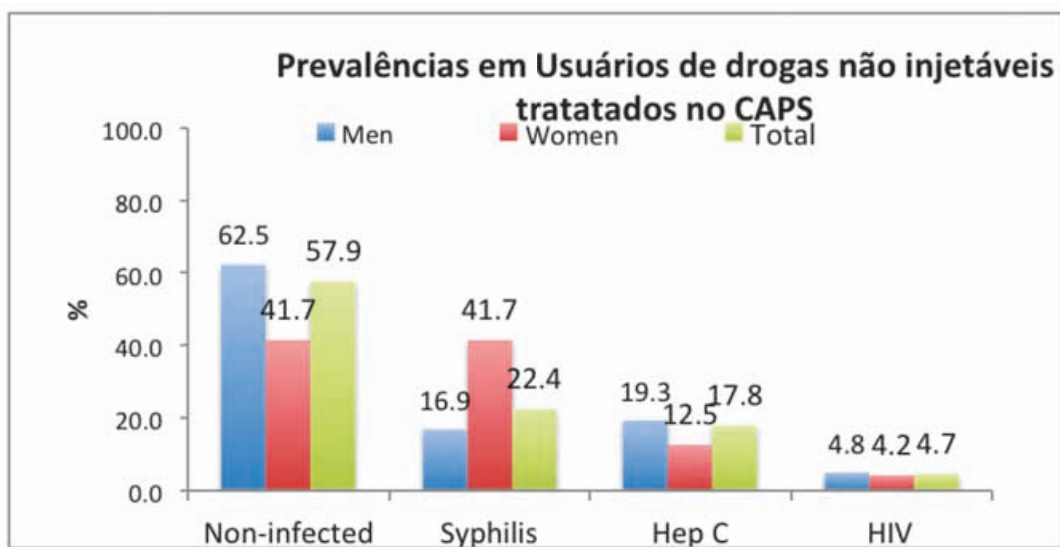
Com a vinda do crack, a partir dos anos 90, muitos usuários de drogas injetáveis (UDI) migraram para essa nova droga, buscando vias mais seguras de administração, resultando em um decréscimo exponencial na contaminação pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) entre UDIs. Por outro lado, o país continua representando aproximadamente 47% de todos os casos de HIV / Aids na América Latina e alcançou o maior número de usuário de crack do mundo - com mais de um milhão de usuários atuais (0,8%) (1). Ligado a isso, outras formas de contaminação de ISTs começaram a surgir e, com isso, outras doenças que não mais configuravam uma preocupação de saúde pública no país, como a sífilis, vêm ressurgindo de forma vertiginosa nos últimos anos. .

O CRATOD

O CRATOD, visualizando essa estrita relação e sendo o serviço de referência

de tratamento de álcool e drogas do Estado de São Paulo, estabeleceu suas metas para alcançar o que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ou seja, a busca do diagnóstico rápido de 90% das pessoas, o tratamento para 90% dos positivos e a supressão viral de 90% dos infectados tratados (2).

Assim, foi realizado um estudo entre os usuários do Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS-AD) do CRATOD, com o intuito de conhecer as prevalências de todas as doenças infectocontagiosas entre os pacientes tratados. A maioria dos pacientes incluídos (73%) era de indivíduos dependentes de crack, que pertencem a uma camada socialmente vulnerável e estão altamente expostos a uma variedade de comportamentos de risco. A diferença entre as prevalências dos usuários testados na porta de entrada dos que ingressaram no tratamento no CAPS-AD também se deve à avaliação quanto à necessidade de cuidados específicos, por isso, o aumento dos casos de Hepatite C e Sífilis. A prevalência de HIV continua alta, mesmo com a exclusão de todos os casos de usuários de injetáveis.



Resultados preliminares das prevalências (no gráfico acima)

Os resultados encontrados surpreendem quando comparadas com a população geral, as taxas de HIV e sífilis e Hepatite C entre indivíduos em tratamento para dependência foram de 5,9%, 21,9%, 11,1% respectivamente, o que enfatiza a crescente urgência em desenvolver estratégias de prevenção e tratamento mais eficazes.

As altas taxas de ISTs entre usuários de crack indicam que as atuais estratégias de prevenção e tratamento são insuficientes ou mal estabelecidas para essas populações de alto risco. Desse modo, as estratégias de redução de danos, como por exemplo, troca de seringas e distribuição de camisinhas – sem um aconselhamento e informação sobre a importância do uso – não são mais suficientes como estratégia de prevenção ou não estão sendo assimiladas de forma eficaz pelos dependentes de crack. Assim, as iniciativas de redução de danos também deveriam ser reformuladas a fim de enfatizar a manutenção dos tratamentos de HIV e sífilis como forma de redução das taxas de transmissão através da supressão da carga viral.

Um recente estudo, também realizado no CAPS-AD do CRATOD, excluiu o uso de drogas injetáveis na vida e demonstrou que a maioria da amostra relatou ter tido relações sexuais desprotegidas no mês anterior, e um terço relatou pensamentos suicidas, ambos os comportamentos de risco, foram altamente associados à infecção pelo HIV. Quanto ao comportamento de injetar drogas entre essa população, é relevante ressaltar que, embora tenha sido altamente associada à contaminação pelo HIV e sífilis, esta prática restringe-se a um pequeno grupo, menos de 1% da amostra total.

Contudo, estudos anteriores já relataram a associação entre o consumo de cra-

ck e as taxas de mortalidade mais elevadas entre os pacientes HIV positivos (4), mesmo quando há ajuste do tempo da doença, adesão à terapia antirretroviral e várias variáveis sociais demográficas. A interação negativa entre a cocaína (fumada ou inalada) e a patogênese do vírus HIV, instiga o uso de estratégias de tratamento efetivas que visem a cessação do consumo, promovam índices mais baixos de mortalidade em dependentes químicos soropositivos e prevenir novas transmissões (5).

O desafio de promover prevenção, tratamento e acompanhamento nos usuários do CAPS-AD CRATOD.

O CRATOD, em parceria com o Centro de Referência e Tratamento – DST/Aids, com base no perfil dos pacientes tratados no CAPS-AD CRATOD, definiu estratégias mais eficazes para a difícil tarefa de promover prevenção, tratamento e acompanhamento dos usuários, além de oferecer suporte aos pacientes transferidos aos hospitais para desintoxicação.

Anteriormente, a proposta de melhoria na adesão dos pacientes ao tratamento antirretroviral permitia apenas o aconselhamento e o encaminhamento ao tratamento nos serviços especializados em DST/Aids mais próximos da residência do paciente.

Como uma necessidade e a fim de melhorar a adesão e a qualidade nos serviços prestados referentes ao tratamento das comorbidades (dependência química e ISTs), uma médica infectologista passou a compor a equipe multidisciplinar, a partir de 2015, tornando o CRATOD pioneiro em ofertar avaliação, monitoramento e tratamento nessa especialidade.

Em continuidade, para o desenvolvimento das metas preconizadas pela OMS, em janeiro de 2016, o CRATOD desenvolveu e

efetivou o protocolo de testagem rápida para HIV, sífilis e hepatite C. O diagnóstico, através do teste rápido, passou a ser oferecido a todos os pacientes que passam pela triagem e posteriormente são avaliados por uma equipe multidisciplinar, que também auxilia os profissionais técnicos para a escolha mais adequada de tratamento.

Como era de se esperar, houve um aumento de diagnósticos de ISTs pelo serviço e o reconhecimento, na prática, da evidência altíssima da prevalência dessas doenças nessa população. Em março de 2017, com o apoio irrestrito do CRT - DST/Aids, o CRATOD tornou-se a primeira Unidade Dispensadora de Medicação Antirretroviral em uma unidade de tratamento em dependência química no Brasil, possibilitando a adesão ao tratamento das comorbidades, aumento do vínculo, monitoramento e acompanhamento dos casos.

Atualmente, o serviço conta com uma equipe de enfermeiros treinados para a revelação diagnóstica, com o apoio multidisciplinar de psicólogos, médicos, assistentes sociais, dentre outros. Esses profissionais também estão treinados no manejo de uma significativa prevalência de ideação suicida nos primeiros meses após o diagnóstico.

Tratamento e Monitoramento da Adesão

Para os pacientes que realizam o tratamento no CAPS-AD CRATOD o acompanhamento pode ser realizado pela infectologista do próprio serviço, sendo que tal estratégia tem sido eficaz para melhora da adesão de ambos os tratamentos.

Pacientes HIV positivos conseguem suprimir a carga viral enquanto estão sendo tratados para dependência química, possibili-

tando acompanhar as demandas de angústia inicial do tratamento com a própria equipe do serviço, desse modo, melhorando também o prognóstico dos pacientes.

O tratamento completo da sífilis também é oferecido pelo CRATOD e monitorado através do Núcleo de Vigilância Epidemiológica, que realiza o acompanhamento e o aconselhamento necessários para diminuir a reincidência.

Um grande desafio relacionando o paciente portador de HIV e o dependente químico é o abandono da terapia antirretroviral após cada recaída, o que causa falha na eficácia da medicação e resistência virológica. A realização de busca ativa do paciente pelo CRATOD permite um monitoramento mais adequado e o retorno à adesão da TARV, antes que este comece a demonstrar os primeiros sinais de resistência à medicação.

Todas essas medidas implantadas com sucesso no CRATOD tiveram como resultado o aumento significativo da adesão dos pacientes e a supressão viral de grande parte deles, além de conferir uma considerável melhora nos seus comprometimentos com as atividades do CAPS-AD e, principalmente, com suas vidas.

Considerações finais

O tratamento ambulatorial apenas da dependência química já consiste, por si só, em um grande desafio, levando-se em consideração o perfil altamente vulnerável do usuário de crack, muitas vezes em situação de rua, dentro do contexto da cracolândia. Assim, as estratégias de cuidado integral oferecido desde o primeiro contato com o serviço é fundamental, nessa população. A enorme evolução no tratamento de de ISTs no CRATOD, com medidas de suma importância como a disponibilidade para obtenção da medicação antirretroviral no

mesmo serviço em que o indivíduo trata de sua dependência, tem-se mostrado muito eficaz para a adesão dos pacientes.

Além disso, a organização do serviço de forma multidisciplinar leva em consideração as necessidades específicas da população

em questão e a integralidade do cuidado. Não há dúvidas de que o sucesso do CRATOD, nesse âmbito, fez e ainda fará com que muitas ações de políticas públicas voltadas para a população de dependentes químicos sejam reavaliadas e repensadas.

Referências Bibliográficas

1. Abdalla RR, Madruga CS, Ribeiro M, Pinsky I, Caetano R, Laranjeira R. Prevalence of cocaine use in Brazil: data from the II Brazilian national alcohol and drugs survey (BNADS). *Addictive behaviors*. 2014;39(1):297-301.
2. WHO UT. UNAIDS. 2015. p. 44.
3. Ministério da Saúde VE. Boletim Epidemiológico - Sífilis. 2015.
4. Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Dias AC, Laranjeira R. Causes of death among crack cocaine users. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*. 2006;28(3):196-202.
5. Malta M, Magnanini MM, Strathdee SA, Bastos FI. Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected drug users: a meta-analysis. *AIDS and behavior*. 2010;14(4):731-47.

CAPÍTULO

31

Condições clínicas mais frequentes no
dependente químico atendido no CRATOD

Octávio Gonçalves Ribeiro

Introdução

Quando se pensa no impacto multiorgânico do uso frequente de drogas de abuso nos indivíduos que habitam as chamadas “cracolândias”, nota-se que cada substância tem um espectro de dano diferente em certos sistemas do organismo, produzindo combinações diferentes de manifestações e apresentações clínicas.

As características do indivíduo (idade, escolaridade, morbidades clínicas e psiquiátricas conhecidas, uso contínuo de medicamentos, padrões de uso ao longo da vida, droga(s) de preferência, status nutricional), somadas às condições psicológicas, sócio-familiares e ambientais medeiam a interação do organismo com as diferentes agressões impostas pelo uso, resultando nos diferentes agravos à saúde dos usuários.

Neste capítulo, serão abordadas as condições clínicas mais comuns advindas do uso das drogas mais frequentemente consumidas por essa vulnerável população, incluindo cenários de urgência/emergência e complicações frequentes do uso crônico.

Aspectos demográficos

Dados do governo federal apontam que a maioria dos usuários de crack são homens jovens na idade adulta, de baixa escolaridade, sendo em sua maioria não-brancos. Frequentemente obtêm benefícios financeiros com trabalhos autônomos informais esporádicos ou através de práticas criminosas (furtos, tráfico), muitos com antecedentes criminais.

Aspectos ambientais

O crack, pela intensidade dos efeitos e pela curta meia-vida, tem um enorme potencial

para gerar dependência, fazendo com que o indivíduo passe a consumir quantidades progressivamente maiores da droga, até que sua vida gire em torno do uso, levando muitos à situação de “moradores de rua”, quando deixam os interesses de antes e vivem longos períodos usando crack e outras substâncias (álcool, tabaco, cocaína, maconha, inalantes, etc.) em redutos, nas regiões centrais de cidades grandes, onde ficam se intoxicando de maneira incessante.

As cracolândias são povoadas por aglomerados de usuários reféns da dependência ao crack (e outras drogas de abuso), muitos deles desnutridos e doentes (cientes ou não), tossindo bacilos da Tuberculose em reflexo à inalação da fumaça tóxica e quente do crack, comendo alimentos no lixo e compartilhando objetos de uso pessoal, que são potenciais veículos de transmissão de doenças (cachimbos, lâminas de barbear, materiais de tatuagens, seringas).

Através de relações desprotegidas, na euforia inconsequente da intoxicação ou na insuportável fissura da abstinência (quando o sexo chega a ser usado como moeda de troca), trazem índices assustadores relacionados à prevalência e transmissão de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Isso, sem pensar nas gravidezes indesejadas.

Os traumas ocorrem com muita frequência nessa população, resultados de acidentes (atropelamentos, quedas não planejadas durante sintomas psicóticos induzidos por substância) e violência (brigas, auto-agressão, abordagens policiais).

Em suma: os habitantes das cracolândias, que abusam diariamente de substâncias psicoativas, constituem uma população altamente propensa a adquirir diversas patologias clínicas, que, por vezes, mostram-se mais emergenciais do que a própria intoxicação ou a síndrome de abstinência que traz o indivíduo ao serviço de saúde.

Condições mórbidas comuns nessa população

Por se tratar de uma população jovem, a multimorbidade clínica não é tão frequente na maioria dos indivíduos atendidos na Unidade de Observação do CRATOD. Nessa faixa etária, é mais comum observar-se Asma, Epilepsia (por encefalopatia traumática ou não) e infecções crônicas. Com o avançar da idade, e aí se encontra uma parcela de grande preocupação (etilistas crônicos envelhecendo), começam a aparecer as doenças mais frequentes em nosso meio, decorrentes ou não do uso de substâncias, como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Doença Cerebrovascular, Doença Coronariana, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e Síndromes Demenciais.

Desconsiderando-se o dano tecidual da droga utilizada, algumas condições patológicas são particularmente comuns na população atendida na Unidade de Observação do CRATOD, merecendo destaque as seguintes:

Boca e cavidade oral

- Cáries
- Mucosites, estomatites
- Faringoamigdalites
- Lesões labiais (carencial, fumaça quente, queimaduras)

Pele:

- Escabiose, Pediculose, Fissuras na planta dos pés
- Micoses superficiais
- Impetigo, Erisipelas e Celulites
- Hematomas, ferimentos corto-contusos, úlceras digitais

Cavidade Nasal

- Rinossinusites (fumaça, cocaína, infecções virais e bacterianas)

Imunodeficiência

- HIV
- Desnutrição proteico-calórica
- Drogadição

Doenças Sexualmente Transmissíveis

- Uretrites
- Vulvovaginites,
- HIV, Hep A/B/C, Sífilis, HTLV

Fraturas ósseas

Sequelas de traumas prévios (acidentes, alta a pedido; fuga de hospitais)

- Paraplegia decorrente de Mielopatia traumática (FAB, FAF, Acidentes de trânsito) com necessidade de cateterização urinária
- TCEs múltiplos (Sd demencial, HSDC)
- Amputações
- Pseudoartroses (fraturas não imobilizadas)

Carências nutricionais

- Ferro, B12, B6, B1, Folato, K, Mg, Na, Ca, Vit D

Doenças infecto-contagiosas

Como já mencionado anteriormente, esses pacientes estão muito propensos a contraírem infecções por diversas vias com repercussão em órgãos variados. Nesse aspecto, ganham destaque a Tuberculose e o HIV.

Por conta da dependência química, esses pacientes muitas vezes perdem seguimento em locais para onde foram encaminhados com diagnóstico de HIV, tomam os remédios de forma irregular ou simplesmente desconhecem a doença até que um dia manifestem a infecção pelo HIV, já na condição de Aids, com o quadro clínico de doenças oportunistas.

Muitos dos HIV+ têm aderência flutuante e acabam por virar Aids, com o abandono recorrente do tratamento. Ou desenvolvem resistência aos TARV mais prescritos nesses CTA/SAE que há na Luz, no Campos Eliseos, e outros, no centro da cidade.

Vivendo numa cracolândia e respirando *Micobacterium*, fumaça de crack e Tabaco, compartilhando vírus respiratórios e sem comer, com CD4 baixo e tomando álcool quando têm sede, podem evoluir à incapacitação ou óbito se não forem rapidamente diagnosticados e tratados por uma Pneumocistose, Neurotoxoplasmose, mal de Pott, Citomegalovirose em TGI com sangramento/desnutrição, ou na medula óssea, com pancitopenia. Enfim, condições com grande potencial de gravidade.

Portanto, é necessário entender alguns pontos frente a um paciente com HIV: ano do diagnóstico, TARV atual e prévia, comorbidades clínicas, infecções oportunistas prévias, contagem de linfócitos CD4 e carga viral por HIV- RNA. Geralmente, o tratamento é iniciado na enfermaria, orientado por Infectologista, com vigilância rigorosa de efeitos colaterais e correção para a taxa estimada de filtração glomerular.

Exames geralmente solicitados: Hemograma completo, Carga Viral e CD4, Função Hepática (Bilirrubinas totais e frações, albumina e Tempo de protrombina), Função Renal (Uréia e Creatinina), Eletrólitos (K, Na), Urina tipo 1, Colesterol total e frações, Triglicérides, PPD, Glicemia de jejum, Rx tórax, PPF, VDRL,

Sorologias (Hepatites A/B/C, HTLV-1 e 2, Toxoplasma-IgG).

As informações da Vigilância Epidemiológica auxiliam com dados sobre Tuberculose e HIV em nossos pacientes. Nesse momento, é também importante (re)introduzir as profilaxias primárias e secundárias de infecções oportunistas, com cuidados de dose e monitoramento de efeitos adversos.

Hoje em dia, dados publicados em literatura internacional apontam para o fato que o uso de crack pode influenciar negativamente a história natural da infecção pelo HIV, acelerando a imunodepressão, com queda da imunidade inata e específica.

Quanto à Tuberculose, temos semanalmente casos diagnosticados, sendo principalmente em foco a pulmonar. A dificuldade, nesses pacientes, é triar quem realmente seria um sintomático respiratório, visto que a tosse de semanas é frequente, em virtude do uso diário de grandes quantidade de Tabaco e Crack, quando os pacientes eliminam secreção enegrecida e, eventualmente, até laivos hemoptóicos. Além disso, o emagrecimento é também uma condição muito frequente por tudo o que já foi dito sobre as circunstâncias em que vivem esses indivíduos, não se podendo afirmar com certeza que a síndrome consumptiva é decorrente de Tuberculose em atividade. A epidemiologia é certamente algo indiscutível.

Na observação do CRATOD, os pacientes com alto grau de suspeição ficam em isolamento respiratório até o Rx do tórax e 2 coletas de baciloscopia no escarro. São obtidas informações de infecções prévias pelo *Micobacterium tuberculosis*, com auxílio e orientação do Infectologista. O paciente é acompanhado diariamente pelo Clínico plantonista, que monitora os efeitos colaterais, com avaliação clínica e laboratorial (transaminases, hemograma, eletrólitos).

Em nossa unidade de observação, não é incomum a coinfeção de HIV e Tuberculose, criando um potencial de gravidade maior para complicações e óbito, conforme já publicado na literatura médica mundial.

Aspectos patológicos específicos das substâncias mais frequentes

ÁLCOOL

Intoxicação aguda

A intoxicação alcoólica é comum entre pacientes que procuram o PS, embora seja raramente a causa aguda que levou o paciente ao PS. Os sinais e sintomas associados variam em intensidade e podem incluir fala empastada, nistagmo, desinibição, ataxia, marcha instável, comprometimento de memória, estupor ou coma.

Taquicardia e hipotensão podem ocorrer pela vasodilatação periférica e/ou hipovolemia secundária. Nas intoxicações agudas graves, podem ocorrer acidose láctica, hipoglicemia, e distúrbios hidroeletrólíticos (hipomagnesemia, hipocalcemia, hipocalemia e hipofosfatemia).

A intoxicação alcoólica como causa de alteração aguda do estado mental é um diagnóstico de exclusão, devendo ser considerado após exclusão de TCE, hipoxemia, hipoglicemia, hipotermia, encefalopatia hepática, distúrbios hidroeletrólíticos e outros desarranjos metabólicos, assim como causas intracranianas em casos selecionados. Em nosso serviço, atendemos pacientes que fazem uso de álcool de posto de gasolina, que contém misturas de álcoois que podem ser danosos e causar graves acidoses metabólicas, com aumento do ânion-gap, como o Metanol.

Há maior susceptibilidade para acidentes automobilísticos, agressões físicas, suicídios, homicídios e outros acidentes.

As concentrações de álcool não se correlacionam fortemente com os sintomas da intoxicação aguda, sobretudo em usuários crônicos.

A maioria dos casos de intoxicação aguda pelo álcool não leva o indivíduo ao pronto socorro. Costumam chegar para atendimento médico de urgência, intoxicações pronunciadas, com alterações do comportamento (p.e. agitação, quadros ansiosos e/ou depressivos, tentativa de suicídio, auto/heteroagressividade), sedação e/ou confusão mental, ou associados a sinais e sintomas clínicos maiores (p.e. letargia, vômitos, perda da consciência).

Na maioria dos casos é necessário apenas assegurar a interrupção da ingestão de álcool pelo indivíduo e proporcionar-lhe um ambiente seguro e livre de estímulos, onde possa passar algumas horas.

Um exame físico cuidadoso deve ser feito logo na entrada, a fim de detectar sinais de complicações (p.e. aspiração brônquica, crises hipertensivas, TCE) e sinais de cronicidade ou comorbidades (hepatomegalia, desnutrição, infecções, etc).

O tratamento da intoxicação aguda por etanol consiste basicamente em medidas de suporte, glicemia capilar imediata, com infusão de glicose (idealmente após Tiamina 100mg IM), sendo preciso avaliar lesões traumáticas ocultas e questionar o uso de outras substâncias. A tiamina é um cofator do metabolismo da glicose e, portanto, deve ser repostada em pacientes etilistas, desnutridos e hepatopatas na tentativa de evitar a precipitação da Encefalopatia de Wernicke. Indivíduos com história nutricional adequada, tendo feito um uso abusivo e isolado de álcool, não necessitam de administração prévia de tiamina.

Em pacientes agitados e agressivos, podem ser administrados Benzodiazepínicos (Diazepam) ou antipsicóticos típicos (Halol), com cuidado pois podem interferir na

avaliação neurológica evolutiva, induzindo sedação excessiva.

Nas intoxicações leves, sem sinais de depleção volêmica, não é necessário a expansão volêmica. Nas moderadas, com sinais de depleção volêmica, hipotensão ou desnutrição, deve-se hidratar o paciente com Soro Fisiológico e atentar para hipoglicemias. Caso haja melhora progressiva do nível de consciência e a intoxicação seja apenas de etanol e não existam sinais que sugiram outras condições associadas, não há necessidade de coletas de exames.

Nas intoxicações graves, deve ser feito suporte agressivo, com reavaliações periódicas de vias aéreas e ventilação, procedendo à Intubação em caso de impossibilidade de proteção das vias aéreas. Em hipovolêmicos, deve ser feita expansão volêmica com cristalóide e administração parenteral de Tiamina.

Uso crônico

O uso crônico de quantidades exageradas de etanol pode levar a inúmeras complicações clínicas, em vários sistemas diferentes, com manifestações clínicas diversas. Dentre elas, as mais comumente observadas são:

- Hipertensão
- Doença cardiovascular (Cerebrovascular, Arterial Periférica, Coronariana)
- Gastrites, Esofagites, Doença do Refluxo Gastroesofágico
- Pancreatite Crônica
- Neuropatia periférica
- Disfunção cerebellar crônica
- Síndrome Demencial
- Supressão da Hematopoese na Medula Óssea
- Distúrbios Hidroeletrólíticos
- Hepatite alcoólica e Cirrose (com suas complicações)
- Broncopneumonias aspirativas
- Contração do HIV

- Neoplasias (boca e cavidade oral, esôfago, faringe, fígado e mama)
- Transtornos psiquiátricos
- Sequelas de Traumas e acidentes

Abstinência

A síndrome de abstinência do álcool inicia-se num intervalo de 6 a 24 horas após a diminuição ou parada do consumo de álcool, secundária à queda de seus níveis plasmáticos, tendo normalmente curso flutuante e autolimitado. Costuma ocorrer em pacientes com uso mais intenso e prolongado, bem como em pacientes com complicações crônicas do uso do álcool.

Embora as manifestações sejam usualmente leves, vinte por cento dos pacientes experimentam manifestações que indicam maior gravidade, como alucinoses, convulsões e *Delirium Tremens*.

Sintomas mais frequentes incluem ansiedade, agitação leve, inquietação, insônia, diaforese, palpitações, cefaleia e fissura. Frequentemente são acompanhadas de redução do apetite, náusea e vômitos. No exame físico, notam-se sinais de hiperatividade adrenérgica como taquicardia, reflexos hiperativos, hipertensão e tremores.

Nos quadros leves, os pacientes melhoram dentro de 48 horas. Alguns pacientes podem evoluir com manifestações adicionais que indicam maior gravidade, como alucinoses, convulsões e *Delirium*. Alucinoses começam 12-24 horas após última dose, resolvendo-se geralmente em 24-48 horas, com alucinações visuais (insetos/animais) e, mais raramente, auditivas e táteis.

As convulsões serão abordadas mais à frente, neste capítulo.

O *Delirium Tremens* apresenta início agudo, com distúrbio flutuante da atenção, por

vezes com alucinações, sendo a manifestação mais grave da SAA. Nos quadros mais severos, pode acompanhar-se de agitação e manifestações autonômicas extremas, como febre, taquicardias acentuadas e sudorese profusa. Começam geralmente 72-96 horas após a cessação da ingestão de etanol, em cerca de 1-4% dos pacientes em SAA.

Os exames a serem solicitados nas abstinências moderadas a graves são:

- Hemograma completo
- Eletrólitos (Na, K, Mg, P, Cl, Cai)
- Glicose
- Creatinina
- TGO, TGP, TP, Bilirrubinas e Albumina
- Amilase, Lipase
- Rx tórax
- Beta-HCG
- Eletrocardiograma
- TC crânio, em casos selecionados

Quando um indivíduo para de beber, além de controlar os sintomas adrenérgicos com benzodiazepínicos, manter hidratação e contornar desnutrição e distúrbios hidroeletrolíticos, é fundamental entender por que o paciente parou de beber.

Muito comumente existe uma causa clínica subjacente, que deve ser investigada. Dentre as mais frequentes, merecem atenção:

- Infecções agudas ou crônicas
- Doenças Crônicas descompensadas (Insuficiência Cardíaca, Cirrose, Doença Renal Crônica, DPOC, Diabetes mellitus, etc)
- Isquemia coronariana
- Isquemia de extremidades
- AVE
- Hepatite, Pancreatite Aguda
- Hemorragia Digestiva
- Neoplasia em atividade
- Distúrbios acidobásicos e hidroeletrolíticos
- Carências vitamínicas

Quando esse paciente entra em abstinência com alterações do nível de consciência, só se pode atribuir isso à abstinência depois de excluir outras causas como as citadas acima.

O manejo da síndrome de abstinência envolve a exclusão de outras causas concomitantes, como as citadas acima, que devem ser prontamente corrigidas.

O controle dos sinais e sintomas adrenérgicos e a agitação psicomotora é normalmente feito com benzodiazepínicos, com uma dose que controle os desconfortos, evitando sedação excessiva. Hidratação endovenosa, suplementação nutricional e reavaliações clínicas periódicas fazem parte das medidas de suporte. Colocar em ambiente calmo, usando contenções mecânicas apenas em risco de auto ou heteroprogredividade, uma vez que aumentam a chance de rabdomiólise, hipertermia e injúrias físicas. A administração de Tiamina deve ser feita, assim como a reposição de soluções com glicose em pacientes em jejum, com pronta correção de hipoglicemias. As deficiências de Folato, Vitamina B12, ferro e outras vitaminas devem ser averiguadas e tratadas, quando indicadas.

Em geral, o benzodiazepínico usado é o Diazepam, porém, em hepatopatas, prefere-se o Lorazepam. Nos pacientes em *Delirium Tremens* e Alucinoses alcoólicas, prefere-se a administração parenteral. Inicialmente a via enteral pode estar com absorção comprometida, o que favorece o uso da via endovenosa, em alguns casos.

Acompanha-se o paciente com escalas já validadas, como a CIWA-Ar.

Cuidados devem ser tomados com o uso de medicações que diminuem o limiar convulsivo, como o Haloperidol.

CRACK/COCAÍNA

A cocaína absorvida pela mucosa nasal e aquela inalada e absorvida pelos alvéolos

compartilham os mesmos efeitos deletérios no organismo humano. Porém, o uso do crack (*free-basing*), pelas propriedades químicas de preparo e pelas condições do uso, traz inúmeras repercussões às vias aéreas superiores e inferiores, que serão abordadas à parte.

Os efeitos da cocaína ocorrem por meio de 3 mecanismos principais:

1. Bloqueio da receptação de aminas biogênicas, (serotonina, dopamina, norepinefrina e epinefrina), aumentando a disponibilidade dessas substâncias nas fendas sinápticas, além de ser um agente simpatomimético indireto. Atua nos receptores alfa-1 e alfa-2, além de beta-1 e beta-2, com preferência em receptores alfa cardíacos e na vasculatura periférica.
2. Bloqueio de canais de Sódio: seu efeito anestésico advém dessa propriedade. Além disso, nos canais de Sódio cardíacos pode prolongar o intervalo QT, clinicamente, como inotrópico negativo.
3. Estimulação de aminoácidos excitatórios: estímulos no núcleo accumbens mediados pelo Glutamato e Aspartato (que é precursor do Glutamato), neurotransmissores excitatórios no sistema nervoso central.

Intoxicação aguda

O aumento de frequência cardíaca e da pressão arterial, a midríase pupilar, diaforese, assim como um estado de hipervigília, melhora de desempenho em tarefas de vigilância e alerta, bem como um senso de auto-confiança, euforia e bem-estar. Tem efeitos deletérios em vários órgãos, primariamente através dos seus efeitos hemodinâmicos.

Por conta do aumento da vasoconstrição (periférica e coronariana) e aumento da trombogênese, podem ocorrer algumas complica-

ções cardíacas como emergências hipertensivas (AVE, Dissecção Aguda de Aorta, Encefalopatia hipertensiva, Síndromes coronarianas agudas), bem como taquiarritmias e disfunção miocárdica aguda, com Insuficiência Cardíaca aguda.

No sistema nervoso central, a intoxicação pode causar, além dos eventos relacionados à hipertensão, convulsões, coma, hemorragia intracraniana e hipertermia pela agitação psicomotora.

Em diabéticos, por produzir aumento de contrarreguladores da insulina, é causa de cetoacidoses de repetição. Está relacionada com a disfunção sexual quando usada por períodos prolongados.

Na musculatura esquelética, pode ocorrer rabdomiólise grave, levando à insuficiência renal e hipercalcemia.

O atendimento de emergência na intoxicação aguda deve levar em consideração as recomendações explicitadas mais à frente, neste capítulo, na seção de Urgências e Emergências, em sala de emergência, com monitorização contínua, proteção de vias aéreas, ventilação, parâmetros circulatórios e neurológicos.

As emergências hipertensivas se caracterizam por níveis pressóricos elevados, associados à lesão de órgãos-alvo. Apesar de não haver metas definidas, considera-se como objetivo inicial reduzir a pressão diastólica a níveis em torno de 100-105mmHg em 2 -6 horas, com a máxima queda inicial não excedendo 25% do valor medido à chegada.

Em casos de intoxicações massivas, pode ocorrer hipotensão pelo efeito inotrópico negativo causado pelo bloqueio dos canais de sódio. Nesse caso, deve-se tratar o paciente com Soro Fisiológico e, em caso de refratariedade, usar Noradrenalina.

Caso se observe alargamento do QRS no Eletrocardiograma, deve-se administrar

1-2mEq/kg de Bicarbonato de sódio por acesso calibroso, e repetir o ECG, monitorizando tal alteração.

Algo interessante para o clínico que atende intoxicações agudas por cocaína é que o uso de betabloqueadores é contraindicado, pois com o bloqueio dos receptores beta, a canalização do estímulo adrenérgico para o receptor alfa pode causar uma emergência hipertensiva. Além disso, em pacientes que infartam na intoxicação aguda, deve-se fazer o tratamento com Benzodiazepínicos e Nitroglicerina, associados ao tratamento com anticoagulantes e antiagregantes, visto que o mecanismo não envolve somente vasoconstrição coronariana, mas também aumento de trombogênese.

O principal medicamento utilizado para contrabalancear os efeitos da cocaína na intoxicação aguda é o Benzodiazepínico. Em caso de hipertensão refratária ao Benzodiazepínico, pode-se usar um vasodilatador direto (Nitroglicerina ou Nitroprussiato) uma vez que a Fentolamina é pouco disponível no Brasil.

Os exames importantes a serem pedidos incluem Eletrocardiograma, Rx tórax, Hemograma completo, eletrólitos, CPK, função renal, gasometria venosa, função hepática e, em casos selecionados, marcadores de necrose miocárdica e Tomografia computadorizada de crânio.

Uso crônico

O uso crônico é associado a comprometimento cognitivo afetando a performance visuo-motora, atenção, memória verbal e a tomada de decisão baseada em risco-recompensa.

Além disso, está associado ao aparecimento mais precoce de doenças cardiovasculares relacionadas à aterosclerose, como Doença Coronariana, Doença Cerebrovascular e Doença arterial obstrutiva periférica. Relaciona-se a variados graus de fibrose miocárdica, hipertrofia ventricular esquerda, miocardiopatia e miocardi-

te, podendo ainda causar morte súbita. Apesar de não se relacionar claramente com o desenvolvimento de Hipertensão Arterial Sistêmica, pode acelerar a nefropatia em pacientes hipertensos.

Pode provocar rinite crônica, ulcerações orofaríngeas, perfuração de septo e necrose isquêmica.

Complicações do uso de Crack

Quanto à cocaína inalada na forma de crack, observamos inúmeros efeitos em vários locais, sendo os principais nas vias respiratórias.

Nos olhos, pode causar glaucoma agudo de ângulo fechado, vasoespasma nas artérias retinianas com amaurose fugaz, destruição do epitélio da cornea e madarose, pelos efeitos da fumaça quente.

Nas vias aéreas altas, causa angioedema e queimaduras faríngeas ou rinosinusites e descompensações asmáticas, quando usada pela mucosa nasal.

Nas vias aéreas baixas, produz comumente sintomas respiratórios agudos em 50% dos usuários (tosse produtiva, dispneia, coriza, dor torácica e hemoptise, além de predispor asmático a exacerbações). Complicações mais raras incluem Edema Agudo de Pulmão, Hemorragia alveolar, Pneumotórax, Pneumomediastino e pneumopericárdio (resultantes da manobra de Valsalva, feita pelos usuários para evitar exalar a droga e aumentar a absorção), e injúria térmica do epitélio.

Além disso, pode causar broncoespasmos, infartos pulmonares e o chamado "crack lung", descrito como uma alveolite hemorrágica, que provoca tosse, dispneia, hypoxemia, febre, hemoptise, infiltrados focais e broncoespasmo. O manejo compreende administração de oxigênio em frações inspiradas suficientes para manter oxigenação adequada, eventualmente com necessidade de Intubação Orotraqueal e Ventilação Mecânica.

Urgências e Emergências

As complicações relacionadas ao uso de álcool e drogas nas salas de emergências são um fato corriqueiro na atualidade. A difusão, a diversificação e disponibilidade de substâncias psicoativas colocam o médico de plantão frente a quadros clínicos diversos e idiossincráticos, ora isolados, ora combinados, minimizados, exacerbados ou mascarados por outras situações (uso combinado de substâncias, doenças prévias ou injúrias decorrentes do uso). As intoxicações podem ser consequência de atitudes suicidas ou funcionarem como ‘antídotos’ para indivíduos sofrendo de alguma patologia psiquiátrica.

O paciente com sinais e/ou sintomas clínicos que indiquem potencial gravidade devem ser levados para a Sala de Emergência, com monitorização contínua de Pressão Arterial não invasiva, Saturação de oxigênio, Cardioscopia e temperatura.

As principais situações de Urgência/Emergência encontradas no CRATOD são:

Sepse

Muitas vezes, os sinais de sepsis podem ser falseados por achados relacionados às intoxicações ou abstinências, sobretudo de álcool. A avaliação clínica com anamnese detalhada, exame físico abrangente e coleta de exames é fundamental para levantar um alto grau de suspeição e prontamente iniciar o uso de antibióticos (idealmente após coleta de culturas, se prontamente disponíveis) e a expansão de volume nos pacientes sépticos. A procura do foco deve direcionar para a cavidade oral (faringoamigdalites), pulmão (ausculta), trato urinário (Percussão lombar, Urina tipo1 e Urocultura), abdome (apendicite, colecistite aguda, pancreatite aguda, Peritonite Bacteriana Espontânea), SNC (sinais meníngeos), Pele (aspecto de lesões), etc.

A coleta de exames gerais incluindo Gasometria Arterial com Lactato e hemoculturas, bem como lesões de órgãos-alvo (função renal, hepática, coagulograma, hemograma completo) auxilia na estratificação de gravidade e terapias guiadas por metas.

Convulsões

As crises epiléticas tônico-clônicas generalizadas são situações corriqueiras na unidade de observação, principalmente nos usuários de álcool.

As intoxicações pela cocaína inalada pelo nariz ou fumada podem levar a quadros convulsivos, quando em grande quantidade, mas o motivo mais comumente observado é a abstinência alcoólica em etilistas com intensa e prolongada carga etílica, com histórico de Abstinências graves prévias. Ocorrem em cerca de 30% das Síndromes de Abstinência Alcoólica.

São mais frequentes nas primeiras 6 a 24 horas da abstinência, sendo que 90% ocorrem nas primeiras 48 horas. Evoluem raramente para o Estado de Mal Epilético.

Devem ser manejadas com proteção das vias aéreas, monitorização de sinais vitais e Diazepam endovenoso, além de coleta de exames laboratoriais, buscando outros fatores, possivelmente relacionados (acidose, cálcio, sódio, magnésio, infecções, desidratação, hipoxemia, hipertireoidismo, uremia, etc), com pronta correção de eventuais distúrbios.

Muito importante também é avaliar o histórico médico do paciente, checando se tem Epilepsia prévia, na forma primária ou secundária (sequelas de traumas cranianos prévios, insultos isquêmicos, tumores ou sangramentos). A avaliação rigorosa de sinais de trauma cranioencefálico, bem como um exame neurológico direcionado são ferramentas de grande valia.

O paciente que se apresenta com algum déficit focal ou com convulsões reentrantes deve ser avaliado com Tomografia Computadorizada do crânio e, se indicado após a neuroimagem, coleta de liquor (após exclusão de Hipertensão Intracraniana).

Não menos importante é avaliar se o paciente não está em abstinência conjunta de benzodiazepínicos e outras drogas hipnótico-sedativas bem como averiguar a presença de intoxicações concomitantes.

Insuficiência Respiratória

Por conta do alto nível de injúria pulmonar, advinda do consumo de substâncias por via inalatória, não é infrequente pacientes se apresentarem com taquidispneia, dessaturação, uso de musculatura acessória e achados alterados de ausculta pulmonar. Mais uma vez, a história e o exame físico se impõem no esclarecimento diagnóstico.

As principais causas nesses pacientes são sepse de foco pulmonar (pneumonias da comunidade, Tuberculose, broncoaspirações nas intoxicações), crise asmática (em asmático prévio ou na pneumopatia induzida pelo crack), exacerbação de DPOC, congestão pulmonar (edema pulmonar pelo crack, IC descompensada, suspeita de Síndrome coronariana aguda), hipoventilação (nos rebaixamentos do nível de consciência), podendo, em casos mais graves, surgir o conhecido como “crack lung”, Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo, Hemorragia alveolar e Pneumotórax decorrente da inalação de fumaça e manobra de Valsalva associada, para aumentar absorção.

Nesses casos, a ausculta pulmonar traz informações valiosas, impõe-se a realização de

imagem de tórax e coleta de Gasometria Arterial, bem como outros exames laboratoriais apropriados.

O paciente deve receber oxigênio em fração inspirada de O₂, capaz de mantê-lo normoxêmico, variando de cateter nasal a Ventilação mecânica invasiva após Intubação Orotraqueal. E, obviamente, receber tratamento direcionado à causa, precocemente.

Rebaixamento do nível de consciência

O rebaixamento do nível de consciência ocorre em múltiplas intoxicações exógenas, causas intracranianas, metabólicas ou como decorrência de sepse grave. Nesses casos, o diagnóstico diferencial é abrangente. Após monitorização na sala de emergência, o primeiro passo é avaliar a indicação de Intubação Orotraqueal, caso o paciente não tenha nível de consciência para proteger suas vias aéreas (Glasgow < 9).

A glicemia capilar deve ser realizada imediatamente e, caso não disponível, administração de Glicose 50% 40mL endovenosa (idealmente após Tiamina 300mg IM) deve ser feita.

Os exames clínico e neurológico são imperativos e deve ser realizada coleta de gasometria arterial, níveis séricos de remédios e drogas, exames laboratoriais direcionados à hipótese diagnóstica e solicitada neuroimagem nos casos indicados.

Desde que o paciente não esteja com clara congestão pulmonar, a hidratação com Soro Fisiológico deve ser feita.

Além dos exames laboratoriais, o Eletrocardiograma pode auxiliar na visualização de achados potencialmente relacionados a drogas, distúrbios hidroeletrólíticos, causas de baixo débito cardíaco, etc.

Referências Bibliográficas

1. Weeks MR; DeCarlo P. Crack cocaine What are the HIV prevention needs of crack cocaine users. *University of California San Francisco Fact Sheet 66 December, 2009*
2. Devlin RJ, Henry JA. Clinical review: Major consequences of illicit drug consumption . *Critical Care* 2008 12:202 Published: 8 January 2008
3. MacLaren E. 2017 .The Effects of Crack Use, Disponível em <http://drugabuse.com/library/the-effects-of-crack-use/>. Acesso em 19 de Agosto de 2017.
4. Galduróz JCF. 2006. Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. Módulo 1 : Capítulo 2 Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas .
- 5- Barbosa CH, Seibel SD. "Crack Cocaine Use and Its Relationship With Violence and HIV." *Clinics (Sao Paulo)* 64.9 Sept. 2009: 857-866.. Acesso 20/08-2017
6. Nelson L, Odujibe O. Cocaine : Acute Intoxication . UpToDate, 2017. Disponível em https://www.uptodate.com/contents/cocaine-acute-intoxication?source=search_result&search=cocaina&selectedTitle=3~150 : Acesso em 20/08/2017.
7. Morgan JP. Evaluation and management of the cardiovascular complications of cocaine abuse. UpToDate, 2015. Disponível em https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-the-cardiovascular-complications-of-cocaine-abuse?source=search_result&search=Evaluation%20and%20management%20of%20the%20cardiovascular%20complications%20of%20cocaine%20abuse&selectedTitle=1~150 . Acesso em 20/08/2017.
8. Mechem CC. Pulmonary complications of cocaine abuse. UpToDate 2016 Disponível em https://www.uptodate.com/contents/pulmonary-complications-of-cocaine-abuse?source=search_result&search=cocaina&selectedTitle=5~150 . Acesso 20/08/2017
9. Gorelick DA. Cocaine use disorder in adults: Epidemiology, pharmacology, clinical manifestations, medical consequences, and diagnosis. UpToDate 2017, Disponível em https://www.uptodate.com/contents/cocaine-use-disorder-in-adults-epidemiology-pharmacology-clinical-manifestations-medical-consequences-and-diagnosis?source=search_result&search=cocaina&selectedTitle=1~150 Acesso em 21/08/2017
10. Zachary KC. Tuberculosis transmission and control. UpToDate 2017. Disponível em https://www.uptodate.com/contents/tuberculosis-transmission-and-control?source=search_result&search=tuberculosis%20transmission&selectedTitle=1~33; Acesso em 21/08/2017
11. Fletcher CV. Overview of the antiretroviral agentes used to treat HIV. UpToDate 2017. Disponível em https://www.uptodate.com/contents/overview-of-antiretroviral-agents-used-to-treat-hiv?source=search_result&search=Overview%20of%20the%20antiretroviral%20agentes%20used%20to%20treat%20HIV&selectedTitle=1~150; Acesso em 21/08/2017
12. Cowan E; Su M. Ethanol intoxication in adults, UpToDate 2016. Disponível em https://www.uptodate.com/contents/ethanol-intoxication-in-adults?source=search_result&search=ethanol%20intox&selectedTitle=1~150; Acesso em 20/08/2017
13. Tetrault JM, O'Connor PG. Risky drinking and alcohol use disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment and diagnosis; UpToDate 2016. Disponível em https://www.uptodate.com/contents/risky-drinking-and-alcohol-use-disorder-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?source=search_result&search=risky%20drinking%20and%20alcohol%20use%20disorder&selectedTitle=1~150

uptodate.com/contents/risky-drinking-and-alcohol-use-disorder-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?source=search_result&search=Risky%20drinking%20and%20alcohol%20use%20disorder:%20Epidemiology,%20pathogenesis,%20clinical%20manifestations,%20course,%20assessment%20and%20diagnosis&selectedTitle=1~150; Acesso em 20/08/2017

14. Pace C. Alcohol withdrawal: Epidemiology, clinical manifestations, course, assessment and diagnosis; UpToDate 2017 . Disponível em https://www.uptodate.com/contents/alcohol-withdrawal-epidemiology-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?source=search_result&search=alcohol%20withdrawal&selectedTitle=3~131; acesso em 21/08/2017
15. Hoffman RS, Weinhouse RL. Management of moderate and severe alcohol withdrawal syndromes; UpToDate 2017. Disponível em https://www.uptodate.com/contents/management-of-moderate-and-severe-alcohol-withdrawal-syndromes?source=search_result&search=alcohol%20withdrawal&selectedTitle=1~131; acesso em 21/08/2017
16. Sivilotti MLA. Initial management of the critically ill adult with unknown overdose; UpToDate 2017. Disponível em https://www.uptodate.com/contents/initial-management-of-the-critically-ill-adult-with-an-unknown-overdose?source=search_result&search=overdosis&selectedTitle=2~150. Acesso em 21/08/2017

S E Ç Ã O

4

A Unidade de Atendimento em Urgências do CRATOD



CHEIRANDO À FLOR

Quando chegava, ouvia-se ao longe: sai daqui, sai daqui senão eu te pego.

Caco de vidro na mão e gilete embaixo da língua. Ninguém se metia com ela.

Cicatrizes no braço, cicatrizes no rosto, cicatrizes na perna. Cicatrizes demais na alma. A dama das camélias chegava cheirando a Jasmim. Antes já havia cheirado pó, o hálito cheirava a álcool, ainda assim, cheirava a Jasmim.

Quando o pó chegava antes, as mãos tremiam, os olhos saltavam, andava de um lado a outro. Batia, batia em qualquer um que se colocasse a frente. Cortava-se e lançava ao ar o sangue infectado, o sangue intoxicado e fazia questão que todos soubessem da moléstia. Os homens de luva, um num braço, outro na perna, deitada no chão, sacudia, tremia e gritava, era um som esgançado de dor, de fúria, de raiva.

Um gato que a todos arranhava apesar de querer ser cuidada.

A cena se repetia mensalmente. Voltava sempre, em cada ocasião um alvo diferente, um motivo diferente, uma companhia diferente, mas sempre voltava.

— De onde vem tanto ódio? — Perguntavam os de branco.

— Você não vive a minha vida, não sabe o que é. Eu quero ficar longe, mas não posso. Travesti nasceu pra ser puta, travesti só dá pra isso. A rua é meu lugar. Não posso mais que isso, não me deixam.

Depois da injeção parava de se sacudir e de se cortar, o sono vinha primeiro leve, depois arrebatador, compensando as últimas noites de uso em claro. Quando acordava sentia dor, suturas nos braços, curativos nas pernas, remendos no corpo e no discurso.

— Quer ajuda?

— Ajuda? Fui expulsa de casa aos 10 anos só porque eu vestia um vestido longo da minha mãe – moleque não veste essas coisas, maricas – foi a frase do meu pai. De lá pra cá é só o que eu ouço: maricas, viadinho, traveco, puta! Você acha que pode me ajudar? Me dá casa, me dá um trabalho, preciso de dinheiro. Não é fácil ficar aí fora sem ter com que se defender, onde foi parar minha gilete? Quero sair daqui.

— Fica! Descansa, come, dorme e vamos conversar. Eu sei que você quer sair daqui, mas eu quero que você fique, que me deixe te ouvir. Fica?

Ficou. Falou tudo o que queria, tudo o que precisava. A cara fechada continuava fechada, mas o coração se abriu um pouquinho. Recebeu o colo que nunca tinha tido, o ouvido que antes não ouvia, recebeu atenção.

Da última vez que saiu, deixou um rastro apenas de seu cheiro de jasmim.

Voltou em outra estação, para dizer o quanto estava bem e registrar o quanto havia florescido seu jardim.

Luiz Gustavo Vala Zoldan

C A P Í T U L O

32

Fluxo de triagem da demanda
espontânea no CRATOD

Aparicio Ledo Fredi
Wiviane Falasca Pereira
Ariadne Ribeiro
Ana Carolina Siqueira de Moraes
Hannelore Speierl
Shirley Aparecida Lima

Introdução

No ano de 2013, o CRATOD tornou-se um dos principais polos do Programa Recomeço na Região Central da Cidade de São Paulo, tendo havido um aumento significativo da procura pelo serviço, impactando diretamente as necessidades de organização do serviço.

Devido à grande demanda de atendimentos, a gravidade dos casos e a falta de parametrização das condutas, os gestores optaram por desenvolver um protocolo de classificação de risco, onde se estabelecem os critérios de gravidade que direcionam todo o cuidado que se segue, a partir desse fluxo de entrada.

Com a criação do protocolo de triagem e classificação de risco, objetivou-se também a capacitação da equipe envolvida no processo em relação as questões relacionadas às emergências clínicas e psiquiátricas, a fim de prestar uma assistência humanizada, segura e de qualidade.

Para o desenvolvimento do Protocolo de Triagem e Classificação de Risco do CRATOD, a equipe baseou-se no “Protocolo de Triagem de Manchester”, protocolo que visa melhorar a qualidade da assistência e agilizar o atendimento de urgência e emergência, minimizando, assim, o tempo de atendimento e dando prioridade conforme a necessidade apresentada pelo paciente.

O “Protocolo de Triagem de Manchester” é um método inglês utilizado na maior parte do Território Brasileiro (16 Estados e no DF), em que o Enfermeiro se baseia, para classificar a gravidade do estado do paciente que será por ele atendido.

O enfermeiro passa a ser o profissional mais indicado para tal função, a partir do momento em que suas qualificações acumulam os conhecimentos teórico-prático, maior afinidade com sinais e sintomas, normas de

políticas públicas de saúde, além de agregar o fator acolhimento e humanização.

Neste momento o enfermeiro também realiza uma ação educativa, de forma a esclarecer a necessidade do uso do serviço de emergência e orienta o direcionamento aos que necessitam do serviço da rede básica de saúde.

Uma população melhor informada quanto ao que se destina, em determinado serviço, faz com que o mesmo também melhore a qualidade e agilidade no atendimento.

O instrumento de classificação de risco, além de ser um importante instrumento que agiliza o atendimento e minimiza agravos, também proporciona uma padronização dos atendimentos e direciona equipes e condutas, facilitando assim detectar falhas no processo e possibilitando barreiras de segurança. A padronização deste sistema direciona e respalda o profissional.

A utilização do “Protocolo de Triagem de Manchester” prioriza cinco níveis de atendimento, a saber:

- Nível 1 – Emergência, atendimento médico imediato.
- Nível 2 – Muito Urgente, avaliação médica em até 10 minutos.
- Nível 3 – Urgente, avaliação médica em até 60 minutos.
- Nível 4 – Pouco Urgente, avaliação médica em até 120 minutos.
- Nível 5 – Não Urgente, avaliação médica em até 240 minutos.

Após a avaliação, o paciente recebe uma pulseira de cor referente ao seu nível de gravidade que indicará qual a prioridade de seu atendimento.

- Nível 1 - **Pulseira Vermelha**
- Nível 2 – **Pulseira Laranja**
- Nível 3 – **Pulseira Amarela**
- Nível 4 – **Pulseira Verde**
- Nível 5 – **Pulseira Azul**

Adaptação de “Protocolo de Triage de Manchester” ao Serviço do CRATOD

Na sala de triagem do CRATOD o protocolo funciona da seguinte forma:

O paciente, após abrir a ficha respectiva na recepção, é chamado pelo enfermeiro que avalia suas condições clínicas e psiquiátricas. Ele será inserido na classificação de risco

de acordo com suas condições e necessidades, seguindo o fluxo determinado.

Todas as fichas de atendimento recebem uma etiqueta com a cor referente ao Protocolo de Classificação de Risco.

Emergências Psiquiátricas e Clínicas são ilustradas com etiqueta vermelha, urgências Psiquiátricas e Clínicas são ilustradas com etiqueta amarela, não urgências são identificadas com a etiqueta verde.

Abaixo seguem os Determinantes Gerais de Risco que classificam as prioridades.



Além de uma classificação bem precisa e muito técnica o profissional deve ter suas habilidades e conhecimentos bem treinados para poder aplicar o Protocolo de Triage de Manchester da forma mais assertiva possível.

Estudos apontam que estes protocolos e classificações deveriam ser temas abordados

e treinados desde a graduação, tornando assim o profissional Enfermeiro cada vez mais hábil e qualificado no atendimento de Urgência e Emergência.

A lei do exercício profissional nº 7.498 de 25 de Junho de 1.986 garante privativamente ao Enfermeiro a consulta de enfermagem, e é

neste momento em que o mesmo aplica seus conhecimentos para classificar o nível de gravidade dos casos e gerir o atendimento.

Com uma abordagem humanizada e informações precisas de cada situação os pacientes se sentem acolhidos e bem atendidos, tornando desta forma o ambiente mais agradável, tanto para o atendimento como para os profissionais que trabalham nestes setores.

Este modelo de assistência dá ao profissional enfermeiro maior autonomia na resolução dos casos, diminui a incidência de iatrogênicas, retira do médico o conceito de profissional centralizador, valorizando a assistência multidisciplinar e permitindo que o paciente se tranquilize por receber pré-atendimento na chegada à unidade, excetuadas as situações de emergências.

Em um molde digital, que pode ser reunido em formato de questionário, são situações que permitem avaliar o risco e classificar o tempo para atendimento, com as respectivas cores:

Vermelho

Dor pré cordial; hetero e autoagressivo; agitação psicomotora intensa; diminuição do desempenho motor e ataxia; diminuição da capacidade de raciocínio e juízo crítico; conteúdo delirante e alucinações auditivas, táteis ou visuais "microzoopsia"; alteração do nível de consciência e desorientação auto e alopsiquicamente; tremores generalizados; sensibilidade visual; sudorese difusa; convulsão; midríase (pupilas dilatadas); taquicardia (batimento cardíaco rápido); comportamento estereotipados; bruxismo; hiperalgesia; câimbras gastrintestinais; pielooereção; taquipneia; hipotermia e/ou tentativa prévia de suicídio.

Amarelo

Gestante; inquietação psicomotora; crise de pânico; insônia; alteração do humor; lo-

gorrêia; conteúdo delirante; alteração da senso percepção; desorientação temporos espacial; tremores moderados das extremidades e da língua; sudorese discreta; náuseas com vômitos; diarreia; ameaça a funcionários e pacientes; baixo limiar de frustração; ilusões; irritabilidade e/ou fala sobre suicídio com planejamento e ideação.

Verde

Busca de tratamento para dependência química; orientações gerais; tremores finos; ansiedade leve; nega alteração da senso percepção; orientado auto e alopsiquicamente; náuseas sem vômitos; cefaleia; voz pastosa e/ou inexistência de fala, planejamento ou ideação suicida.

Comportamento de Consumo de Drogas e Bebida Alcoólica

Nesse sentido, para a compreensão da gravidade da dependência de álcool é importante conhecer a idade inicial de uso, o padrão diário de consumo do álcool, especificamente, o maior período sem consumir, e se ao acordar é perceptível o tremor das extremidades.

Determinantes gerais de risco:

A presença de comorbidades psiquiátricas é um determinante geral de risco que implica desde a avaliação do risco até o encaminhamento possível para cada paciente, levando-se em consideração a presença ou não de alguma comorbidade, e em que estágio ela se apresenta no momento da avaliação.

Deve-se investigar minuciosamente intercorrências clínicas anteriores, sendo que, em geral, as mais importantes são HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), Diabetes, Epi-

lepsia, AVC (Acidente Vascular Cerebral), IAM (Infarto Agudo do Miocárdio), bem como TCE (Traumatismo Craniano Encefálico).

O fato de ser portador de IST's (Infecções sexualmente transmissíveis) pode ser importante para o plano de tratamento a ser oferecido ao paciente. Porém, isso não determina a gravidade nem aumenta o risco, na espera por atendimento, da mesma forma que conhecer o histórico de consumo de drogas injetáveis e os comportamentos de risco comuns.

Em se tratando de Tuberculose, que é uma infecção contagiosa, não sexual, o atendimento deve ser priorizado, identificar os pacientes com suspeita de tuberculose pode ser fácil, perguntando se o paciente apresenta tosse há mais de três semanas, se teve perda de peso, e se tem apresentado febre e sudorese noturna. Levando-se em consideração as diretrizes para o atendimento desses indivíduos em local arejado e, caso haja necessidade de acolhimento em leito de observação, o paciente deverá se manter em isolamento até que a medicação o torne não bacilífero.

Ciclo reprodutivo feminino

Em geral, o fato de estar grávida é um determinante geral de risco que deve ser levado em consideração na classificação realizada pelo enfermeiro.

Porém, outras informações auxiliam a compreender os determinantes sociais de risco e até possíveis riscos clínicos associados à gestação, tais como o número de semanas de gestação, se a paciente faz pré natal, se teve outras gestações, quantos filhos ela tem atualmente, quantos vivem com ela, se teve algum aborto, se esse aborto foi espontâneo ou provocado.

Questões sociais de risco

Todas essas questões podem não determinar o critério de avaliação de risco para o atendimento de urgência ou emergência, mas certamente oferecem aos profissionais que irão atender o paciente posteriormente uma leitura mais ampla de seu estado geral e podem interferir diretamente na conduta e tratamento ofertado. Portanto, é importante coletar informações acerca de situação de moradia do paciente, se ele tem histórico criminal, ou se tem hábito de praticar pequenos furtos ou roubos de pedestres, e identificar se a procura por tratamento está correlacionada ou diretamente relacionada a uma pendência judicial ou pendência que o coloque em risco de vida, devido a seu envolvimento em práticas criminosas.

Comportamento suicida

Importantes estudos foram publicados demonstrando a associação de suicídio ao uso de substâncias, e recente estudo realizado no CRATOD demonstrou que a ideação suicida estava presente na maioria dos pacientes que recebem resultado positivo para HIV. Com base nessas evidências, avaliar o risco para suicídio tornou-se um protocolo realizado desde a triagem que deve ser levado em consideração em cada fase do tratamento oferecido, e que, principalmente, irá interferir diretamente na conduta dos pacientes que apresentarem esse risco.

Para identificar esse risco algumas perguntas-chaves são necessárias, a saber:

Alguma vez você já pensou seriamente em por fim a sua própria vida?

Você já chegou a traçar um plano para cometer suicídio?

Alguma vez você tentou o suicídio?

Quantas tentativas foram? E como foi cada uma delas?

Passa por humilhações frequentes?

Permanece por muito tempo isolado?

Já sofreu abuso físico ou sexual recentemente ou na infância?

Quando pensa em suicídio, essa é sua única saída?

Tais questionamentos podem balizar os profissionais que irão atender posteriormente o

paciente e potencializar o cuidado, com base no risco específico dos pacientes com ideação suicida.

Considerações Finais

A triagem com avaliação de risco constituiu-se em um marco na saúde mental, mas principalmente no atendimento de urgência e emergência em saúde mental, possibilitando aos pacientes que procuram um serviço de emergência um tratamento humanizado e comprometido com o bem estar geral dos que buscam cuidados.

Referências Bibliográficas

1. Paschel DF, Passos E, Hennington EA. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Ciênc. saúde coletiva* 2011 16(11) : 4541-8.
2. Souza CC, Araújo FA, Chianca TCM. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* - 2015; 49(1): 144-151
3. Souza RS, Bastos MAR. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. *Escola de Enfermagem Universidade Federal de Minas Gerais*, 2008; 12(4): 581-6
4. Nogueira MA, Maciel DO, Ribeiro JVO, Lins MA, Sá AMM. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: A óptica dos futuros enfermeiros. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde – REAS*, Ver em *Enfermagem Atenção Saúde* {online} Ago/Dez 2016; 5 (2): 73-86
5. Mendes MF, Bastos FMN, Tavares AJP. Eficácia do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em Emergência Psiquiátrica. *Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM)*.
6. Beteghelli P, Toledo VP, Crepschi JLB, Duran ECM. Sistematização da Assistência de Enfermagem em um Ambulatório de Saúde Mental, *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2005; t(3): 334-343. Disponível em <http://www.fen.ufj.br>
7. Shiroma LMB, Pires DEP. Classificação de Risco em Emergência – um desafio para as/os enfermeiras/os. *Enfermagem em Foco* 2011; 2(1): 14-7

CAPÍTULO

33

O Manejo da Crise na Emergência

Ana Carolina Siqueira

Nos Estados Unidos, os serviços especializados para o atendimento de urgências e emergências psiquiátricas surgiram durante a década de 60 e foram vistos como serviços prioritários para as políticas locais e para o atendimento comunitário em saúde mental. No Brasil, os pacientes psiquiátricos em situação de crise raramente tiveram prioridade nas políticas de saúde pública.

As emergências psiquiátricas (EP) podem ser caracterizadas como uma condição em que há um distúrbio de pensamento, emoções ou comportamentos, no qual um atendimento médico se faz necessário imediatamente, objetivando evitar maiores prejuízos à saúde psíquica, física e social do indivíduo.

As situações de urgência e emergência pelo uso de álcool e outras drogas se dão pelo uso abusivo ou abstinência dessas substâncias. Trata-se de algo recorrente em pronto socorros especializados e também em pronto socorros clínicos. É de extrema importância a identificação do uso dessas substâncias para tratamento e abordagem adequados desses indivíduos. Entretanto o consumo de álcool e de outras drogas ainda é subdiagnosticado nesses ambientes, tanto pela falta de preparo da equipe, quanto pelas dificuldades na abordagem desse paciente e sua família, sobre o uso de substâncias; tais dificuldades aumentam em pacientes com alterações da consciência ou comportamentais que podem sugerir outros tipos de transtornos psiquiátricos ou orgânicos.

O serviço de porta aberta do CRATOD assumiu um novo papel na estruturação e funcionamento da rede de serviços de saúde mental, proporcionando uma melhor organização e relação entre eles. Passou a atuar como a principal porta de entrada no sistema de urgências e emergências relacionadas ao uso de substâncias e organização do fluxo de internações para os casos que apresentam critérios claramente

estabelecidos, e redução de admissões hospitalares desnecessárias, proporcionando assim uma otimização dos serviços da rede.

A equipe de atendimento emergencial deve ser muito bem treinada e apta para proporcionar ao usuário um atendimento especializado, humanizado, com ambiente e manejo tranquilo e seguro. Essa busca pelo serviço de emergência pode ser uma oportunidade para a sensibilização do paciente quanto ao uso de substâncias, comportamento de risco e consequências médicas e psicossociais decorrentes do uso.

A abordagem e o manejo adequados sobre o uso de substâncias, durante ou após o atendimento na unidade de emergência, têm se mostrado efetivos para reduzir tanto o uso da substância, quanto a ocorrência de futuras admissões. Essa perspectiva sugere a necessidade de uma abordagem abrangente e dinâmica, que compreenda o processo saúde-doença como um fenômeno histórico e multifatorial. O modelo biopsicossocial, que traz a ideia de integração, considerando a saúde como uma produção social, ou seja, algo que tem relação com o biológico e depende de outros determinantes sociais que estão implicados na vida do homem, como cultura, lazer, transporte, alimentação, trabalho, educação, entre outros. O paciente não é só visto como um objeto de intervenção, mas como um sujeito ativo e integral. No caso da dependência química, é necessário considerar e entender o significado da mesma na vida de cada indivíduo, uma vez que as histórias de vida são diferentes entre si.

O cuidar, em saúde mental, requer do profissional de enfermagem visão diferenciada que lhe permita vislumbrar o ser humano em sua totalidade, contemplando suas dimensões biológica, psicossocial e espiritual. Isso é imprescindível para realizar um cuidado qualificado. As ações devem estar focadas

nas necessidades do paciente, de modo a dar condições para que ele alcance a sua melhor condição de bem-estar.

É de extrema importância a capacitação dos profissionais que atendem as urgências e emergências, a falta de preparo no desempenho das atividades terapêuticas pode ser um fator responsável pela fragmentação da equipe.

A avaliação e o manejo de um paciente agitado, potencialmente agressivo ou francamente violento são tarefas complexas que exigem dos profissionais habilidades diversas, que necessitam ser aplicadas em conjunto e com agilidade. Os diferentes aspectos envolvidos nesta abordagem exigem ações coordenadas e articuladas.

O manejo em situações de crise

Quando se maneja um paciente agitado ou em situação de crise é importante levarmos em consideração alguns aspectos, como:

1. Organização do ambiente e institucional

Pontos importantes relacionados ao ambiente e à organização:

- Instituição de protocolos e rotinas para manejo de paciente agitado ou violento.
- Treinamentos e capacitações da equipe assistencial.
- Treinamento da equipe de segurança e administrativa.
- Organização do espaço físico destinado ao atendimento.
- Redução de estímulos externos.
- Atendimento precoce e com parâmetros de classificação.
- Atendimento em equipe multiprofissional.
- Identificação de pessoas ou estímulos desestabilizadores.

2. Manejo comportamental

É importante que o profissional de saúde adote uma atitude empática e acolhedora, o que, facilita o contato com o paciente e o consequente controle da violência. O objetivo é estabelecer uma relação que possibilite um vínculo de confiança e respeito no qual o paciente se sinta acolhido e seu sofrimento reconhecido, levando ao estabelecimento de um esforço mútuo, no sentido de controlar a agressividade.

A maneira com que a equipe se comporta pode ter um papel fundamental no controle de comportamento potencialmente agressivo e pode minimizar drasticamente o risco de violência.

No momento do manejo da situação de crise, as regras para atendimento no serviço devem ser claras e objetivas, evitando, assim, parecer ameaça ou hostilidade.

Pontos importantes relacionados ao manejo do paciente em crise:

- Evitar movimentos bruscos.
- Manter contato visual.
- Apresentar-se ao paciente.
- Manter postura empática e acolhedora.
- Falar de maneira clara e pausadamente.
- Não utilizar-se de barganhas.
- Colocar limites de maneira clara.
- Não confrontar.
- Estimular o paciente a falar e expressar seus sentimentos e ideias.

3. Manejo físico e mecânico

Na abordagem ao paciente em agitação psicomotora ou agressivo, é importante o uso gradativo de técnicas de comunicação. Isso requer do profissional habilidade e competência para estabelecer com o paciente uma interação mediada pela comunicação terapêutica. A comunicação terapêutica contribui para um bom contato verbal, permitindo

assim proporcionar ao indivíduo a sensação de segurança e apoio.

Dependendo do grau de agressividade ou agitação do paciente, alguns podem apresentar riscos para a própria integridade, bem como para a dos demais pacientes, de seus acompanhantes e dos profissionais de saúde envolvidos em seu cuidado. Quando as intervenções verbais, não verbais e medicamentosas não são suficientes para diminuir o comportamento violento e ou agressivo, faz-se necessário o uso da contenção física ou mecânica.

A contenção física caracteriza-se pela imobilização do paciente no solo pela equipe de saúde treinada para esse procedimento. A contenção mecânica se caracteriza pela restrição do paciente no leito utilizando faixas de contenção próprias para a realização desse procedimento, e esta é realizada de acordo com os protocolos institucionais.

É de extrema importância que o uso da contenção física ou mecânica seja uma medida terapêutica de proteção ao paciente, ela deve ser utilizada apenas quando se esgotarem os demais recursos de cuidado.

Pontos importantes relacionados à indicação e manutenção da contenção mecânica:

- A contenção mecânica deve ser utilizada como último recurso, apenas após as demais possibilidades de intervenções não apresentarem controle da agitação e agressividade.
- Na psiquiatria, a contenção mecânica deve ser usada apenas quando há risco iminente de agitação psicomotora inten-

sa e risco de auto ou heteroagressividade.

- Deve-se estabelecer um plano específico para a realização do procedimento.
- Deve ser realizada por pelo menos cinco profissionais treinados para realizar o procedimento.
- Deve-se seguir e respeitar os protocolos estabelecidos pela instituição.
- O paciente deve ser continuamente avaliado, informado e orientado quanto o procedimento realizado, motivos e possibilidades pós contenção.
- O paciente deve permanecer contido o menor tempo possível.
- Durante a contenção o paciente deve ser mantido sob observação constante da equipe.
- O conforto e as condições de saúde e a segurança do paciente devem ser constantemente monitorados e avaliados.
- Toda contenção mecânica tem que estar atrelada à contenção química.
- A contenção deve ser retirada pela equipe, após avaliação do paciente e estabilização do quadro agressivo.
- Após a contenção é de extrema importância realizar o acolhimento desse paciente.

A humanização do atendimento torna possível a melhora na qualidade da atenção prestada, o ato de humanizar significa dar o devido valor ao outro, reconhecer sua integridade, seu sofrimento e suas necessidades. Trata-se de dar qualidade às relações que se estabelecem, acolher as angústias, dores e o sofrimento diante a fragilidade do corpo e da mente.

Referências Bibliográficas

- Segatto ML, Pinsky I, Laranjeira R, Rezende FF, Vilela TR. *Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios*. Cad Saude Publica. 2007; 23(8):1753-1762.
- Arantes EC, Fukuda IMK, Stefanelli MC. O enfermeiro em emergência psiquiátrica: Intervenção em crise. In: Arantes EC, Fukuda IMK, Stefanelli MC, organizadores. *Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais*. São Paulo: Manole; 2008.
- Campos CJG, Teixeira MB. O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2001; 35(2):141-149.
- Ferigato SH, Campos RTO, Ballarin MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. Rev Psicol UNESP. 2007; 6(1): 31-44.
- Pinho LB, Santos SMA. The health-illness care process and the logic of the nurse's work in the ICU. Rev Latino-Am de Enferm. 2007; 15(02): 199-206.
- Borges LR, Pinho LB, Lacchini AJB, Schneider JF. Atendimento à crise psíquica no pronto socorro: Visão de profissionais de enfermagem. Ver Gaúcha Enferm. 2012; 33(3):27-33.
- Sadock BJ, Sadock VA. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 9ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2007.
- Marcolan JF. *A contenção física do paciente: uma abordagem terapêutica*. São Paulo: Edição do autor; 2004.
- Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Bem CM. Manejo do paciente agitado ou agressivo. Ver Brasileira de Psiquiatria, V.32, suppl.2, p.S96-S103, 2010.
- Barros REM, Tung TC, Mari JJ. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. Ver Brasileira de Psiquiatria. Vol 32. Supl II. Out 2010.

C A P Í T U L O

34

A avaliação psiquiátrica na emergência,
critérios para internação em leito de
observação e o manejo em leitos breves de
desintoxicação

Lucas Cese Marchetti
Luiz Gustavo Vala Zoldan
Marcelo Ribeiro

A avaliação psiquiátrica de urgência ou a emergência para dependência química faz parte do cotidiano de qualquer pronto socorro ao redor do mundo. Em 2011, nos EUA, 435 mil pessoas receberam cuidados médicos em salas de emergência devido ao uso de drogas(1).

De maneira geral, as principais complicações decorrentes do uso de drogas que levam o paciente ao serviço de emergência são: intoxicação aguda por drogas psicoativas, abstinência e instabilização da comorbidade psiquiátrica. O usuário de substâncias capazes de alterar os estados da mente possui comportamentos distintos e está vulnerável a processos infecciosos, alterações metabólicas e acidentes, que por vezes mostram-se mais emergenciais do que a intoxicação ou a síndrome de abstinência *per se*. Por vezes o usuário combina substâncias de ação central semelhantes ou antagônicas, pode estar comprometido nutricionalmente ou susceptível a acidentes e a ambientes violentos. As intoxicações podem servir a propósitos suicidas ou funcionarem como “antídotos” para indivíduos que sofrem de alguma patologia psiquiátrica.

No CRATOD, uma parcela dos atendimentos de urgência também se deve à piora física e psíquica secundária a um descontrole no uso de drogas, principalmente o crack. Não raro, o paciente tenta fazer uso de álcool ou crack na

recepção do serviço, emagrecido, com poucas vestes, sem comer há vários dias, mostrando a gravidade da dependência e da fissura, denotando aumento do comportamento de uso.

Avaliação de demanda espontânea no CRATOD

No CRATOD, o paciente que procura ajuda passa por uma triagem com enfermeiros, sendo submetido a uma Classificação de Risco, conforme modelo adaptado de Manchester (Capítulo 32), como apresentado neste livro no capítulo que abre esta seção 4. Assim, ele é classificado quanto a sua gravidade e tipo de diagnóstico (QUADRO 1), passando a ser identificado por uma cor. A cor vermelha representa emergência, situação para a qual a equipe está treinada para levar o paciente até a sala de emergência, onde imediatamente é avaliado pelo médico psiquiatra ou clínico. Trata-se de doenças com risco de vida ou de heteroagressividade. A cor amarela representa urgência e o paciente deve aguardar na recepção e em até 60 minutos ser atendido. Já os pacientes classificados com a cor verde aguardam até 120 minutos para o atendimento (4).

QUADRO 1 - Classificação de risco na triagem.

Classificação de risco	Emergência (Vermelho)	Urgência (Amarela)	Não Urgência (Verde)
Tipos de Complicações	<ul style="list-style-type: none"> - Intoxicação grave por álcool - <i>Delirium tremens</i> - Intoxicação grave por drogas - Comportamento violento - Planejamento de suicídio e/ou homicídio - Agitação psicomotora - Abstinência grave de álcool ou drogas - Crise convulsiva - Dor torácica - Alteração do nível da consciência 	<ul style="list-style-type: none"> - Síndrome da abstinência alcoólica moderada - Sintomas de intoxicação moderada por álcool ou drogas - Inquietação psicomotora - Sintomas psicóticos pronunciados - Alucinações e/ou desorganização - Ideação suicida frouxa - Desorientação temporal e espacial 	<ul style="list-style-type: none"> - Busca por tratamento de dependência de drogas - Síndrome da abstinência leve - - Necessidade de receita médica - Demais condições clínicas, não agudas e sem risco de morte. - Necessidade de relatório/laudo
Tempo de Espera	0-5 Minutos	5-60 Minutos	60-120 Minutos

A avaliação psiquiátrica deve ser completa, incluindo a identificação do paciente, idade, escolaridade, estado civil, profissão, situação laboral, no qual deve-se perguntar se está afastado, desempregado ou se abandonou o trabalho por conta do uso de drogas. Local de moradia nos últimos dias e suporte familiar são fundamentais. No CRATOD é muito comum o paciente procurar ajuda e se encontrar em situação de rua ou em albergagem, além de não ter suporte familiar. Todos esses dados são fundamentais para alicerçar o encaminhamento após as avaliações.

A Queixa e Duração e História Pregressa da Moléstia Atual (HPMA) têm o objetivo de extrair a maior quantidade de informações possível e identificar os sinais e sintomas psiquiátricos e clínicos que motivaram o paciente a procurar ajuda. Detalhar o histórico do uso de drogas, que normalmente se inicia na ado-

lescência, identificar a droga de preferência, a quantidade, a frequência, os prejuízos sociais, as consequências físicas e psíquicas e o histórico de tratamento pregresso. Nesta oportunidade, o paciente também deve ser avaliado em relação às comorbidades (doenças psiquiátricas associadas), tais como: ansiedade, depressão, transtorno afetivo bipolar, transtornos psicóticos, retardo mental, síndromes demenciais. Com esses dados, extraídos de uma boa anamnese, muitas vezes realizada de maneira compartilhada com psicólogo ou assistente social que dá apoio no acolhimento dessa demanda de porta, o médico pode fazer um adequado diagnóstico de dependência química por drogas e da existência de comorbidade psiquiátrica. Devido à complexidade dos casos que dão entrada no CRATOD, muitos pacientes têm riscos suficientes que justificam uma internação. No entanto, muitos outros vão ao

CRATOD em busca de um lugar para estar, um local para ficar, ressaltando que a região central carece de aparatos adequados e bem estruturados de assistência social.

Intoxicação Aguda

A intoxicação aguda por droga é caracterizada por alterações comportamentais e físicas secundárias à recente ingestão ou exposição da substância. Cada tipo de droga produz um tipo de reação, mas, classicamente, são divididas em:

- Estimulantes, como a cocaína inalada, crack, ecstasy, anfetaminas, que levam a excitabilidade psíquica, agitação, euforia, agressividade, alucinações, psicose, agressividade, hipertensão, taquicardia, crise convulsiva, sudorese;
- Depressoras, por exemplo o álcool, os benzodiazepínicos e opióides, cuja intoxicação implica rebaixamento do nível de consciência, labilidade do humor, depressão respiratória, incoordenação da fala e dos movimentos, bradicardia, hipotensão;
- Perturbadores, como a maconha e o LSD, caracterizados por ansiedade, crises de pânico, alucinação, letargia, psicose, falta do discernimento entre o real e o imaginário (2).

- Álcool

O álcool age aumentando a sensibilidade do receptor GABA A por GABA, sendo assim classificado como um agonista deste sistema. As intoxicações por álcool causam a depressão do sistema nervoso central, podendo levar a sintomas como diminuição do controle motor, diminuição da coordenação motora, fala arrastada, ataxia, depressão respiratória e coma.

O uso excessivo de etanol pode produzir sintomas sistêmicos como vasodilatação periférica, hipotermia, pressão arterial sistêmica baixa com taquicardia compensatória.

A medição do nível sérico de álcool (NSA) não é comumente disponível na maioria dos pronto-socorros brasileiros, porém a mesma pode ser de grande auxílio no manejo da intoxicação alcoólica. Os sintomas clássicos de intoxicação por álcool iniciam com concentrações acima de 50 mg por dl, o risco de depressão respiratória aumenta com níveis acima de 300 mg por dl, e mortes geralmente ocorrem em níveis maiores que 500 mg por dl. O peso corpóreo, a quantidade consumida, a tolerância, o tempo do uso são fatores que podem influenciar a discrepância entre a alcoolemia e a apresentação clínica.

O manejo da intoxicação por álcool engloba medidas de apoio como a proteção das vias aéreas, na maioria dos casos atendidos em emergências, sendo a lavagem gástrica não indicada devido à rápida absorção no trato gastrointestinal. A administração de fluídos está indicada caso haja sinais de desidratação, sendo necessária a monitorização dos níveis séricos de sódio, potássio e magnésio, principalmente em usuários crônicos, por ser comum a depleção destes eletrólitos. A reposição de glicose deve ser sempre feita em casos de hipoglicemia, porém a sua administração deve ser postergada por duas horas após a prescrição de tiamina intramuscular ou endovenosa, em casos que os níveis glicêmicos estejam normais, devido ao risco da síndrome de Wernicke. A profilaxia da encefalopatia de Wernicke deve ser feita em todos os casos em que haja suspeita de uso crônico de álcool, com 100 mg, via intramuscular ou endovenosa. A reposição de ácido fólico, complexo B, também é usualmente feita devido ao risco presumível de depleção.

A intoxicação patológica por álcool é um quadro caracterizado por furor, agitação

psicomotora, dissociação ideofetiva, que podem ocorrer mesmo em baixo consumo de álcool e devem ser tratadas, com a utilização de antipsicóticos não colinérgicos como o Haloperidol, sendo a dose usual 5mg intramuscular.

A depressão central respiratória, levando à parada respiratória é o principal risco da intoxicação alcoólica, que pode ser agravada pelo risco de aspiração de vômitos. Medidas como mudança para decúbito lateral e intubação oral traqueal podem ser necessárias, dependendo da gravidade do caso.

A intoxicação concomitante de álcool com outros psicotrópicos podem agravar o estado do paciente. A co-utilização de álcool e benzodiazepínicos pode levar à insuficiência respiratória aguda, e coma. A ingestão de tricíclicos diminui a metabolização de álcool, além de potencializar a depressão do sistema nervoso central, já o uso concomitante de cocaína resulta em novo metabólico hepático, chamado cocaetilenol, o qual aumenta o risco de morte súbita em 20 vezes, comparado ao uso isolado de cocaína. Neste caso devemos ter cuidado na administração de Antipsicóticos, devido ao risco de taquiarritmias (6,7).

- Crack e cocaína

Os sintomas mais comumente observados na intoxicação por cocaína são: delírios de conteúdo paranoide, alucinações principalmente sinestésicas ou visuais, hipertensão arterial, taquicardia, taquipnéia, midríase, mioclonia, tremores, reflexos nervosos aumentados, irritabilidade ventricular, hipertermia, depressão respiratória, insuficiência cardíaca aguda, convulsões, acidente vascular cerebral.

Testes de urina ou sanguíneo para cocaína (benzoilecgonina) e seus metabólitos podem ser úteis para identificar o uso, porém são poucos específicos para o tempo de uso e quantidade utilizada.

O Uso de estimulantes como a cocaína e MDMA pode levar a um quadro descrito como *delirium* com agitação, caracterizado por quatro fases: aumento da temperatura; agitação psicomotora grave, depressão respiratória e morte. Alterações eletrocardiográficas ocorrem de forma usual em pacientes intoxicados por cocaína, devendo sempre ser solicitado este exame na admissão do usuário no pronto socorro. Os achados mais comuns são taquicardia atrial, elevação de seguimento ST, alargamento de QRS com ou sem taquiarritmia, entre outros.

O tratamento se baseia na diminuição do risco cardiovascular e cerebrovascular, sendo sempre necessário o rastreio clínico para síndrome coronariana aguda. Se necessário complementar com exames séricos, de imagem e eletrocardiograma. Caso o paciente apresente dores no peito ou alteração eletrocardiográfica sugestiva de isquemia cardíaca, deve-se iniciar protocolo idêntico ao paciente não usuário, sendo a única exceção o uso de drogas betabloqueadoras. Devido à restrita retaguarda clínica, no CRATOD, alguns destes pacientes são encaminhados para manejo em Pronto Socorro, devendo retornar a posteriori para dar continuidade ao tratamento da dependência.

O uso de benzodiazepínicos deve ser feito caso não haja intoxicação concomitante com sedativos, já que estes produzem efeito protetivo contra convulsões e complicações cardiovasculares. Deve-se evitar o uso de antipsicóticos devido ao risco de "torção de pontas" e outras arritmias cardíacas, bem como pelo fato de essa classe de medicação diminuir o limiar convulsivo. Betabloqueadores nunca devem ser administrados, devido ao aumento do risco cardíaco, já que podem aumentar a pressão e a isquemia coronariana, devido ao não bloqueio dos receptores alpha (6,7).

Resolvida a emergência clínica, o paciente pode ser encaminhado, caso haja in-

dicação, para os leitos em enfermarias de desintoxicação de administração direta e conveniados ao Programa Recomeço.

Síndrome de Abstinência

A síndrome de abstinência é composta por um conjunto de sinais e sintomas físicos e psíquicos consequentes da redução e/ou de diminuição da dose usual de consumo da droga. Ela pode ser classificada, de acordo com a sua gravidade, em leve, moderada ou grave. Seus quadros clínicos possuem especificidade relacionadas ao perfil psicofarmacológico de cada substância, podendo variar desde apresentações eminentemente psíquicas, até condições clínicas de alta morbimortalidade, como é caso do *delirium tremens*, entre os dependentes de álcool.

- Síndrome de Abstinência do Álcool

A síndrome de abstinência do álcool inicia-se num intervalo de horas após a diminuição ou parada do consumo de álcool, secundária à queda de seus níveis plasmáticos. O tempo e a intensidade do uso são diretamente proporcionais à gravidade do quadro. Tem curso flutuante e autolimitado. A síndrome de abstinência do álcool evolui de maneira ordenada, progressiva e aparente: o estágio inicial não-complicado, marcadamente autonômico e disfórico, pode associar-se a episódios convulsivos tônico-clônicos generalizados, evoluir para um quadro confusional (*delirium tremens*), ou ambos. Sinais e sintomas de abstinência podem ser mascarados pelo uso concomitante de medicamentos (p.e. β -bloqueadores). Patologias de base (p.e. HAS) ou complicações concomitantes (p.e. hipoglicemia) são capazes de exacerbar ou provocar quadros confusionais semelhantes.

Na síndrome de abstinência não-complicada o sintoma de abstinência mais comum

é o *tremor*, acompanhado de *irritabilidade*, *náuseas* e *vômitos*. Aparecem algumas horas após a diminuição ou parada da ingesta e são normalmente observados no período da manhã. Os tremores têm magnitude variável. Algumas pessoas referem apenas tremores internos. Pioram frente à atividade motora e ao estresse emocional, bem como à extensão dos membros superiores e protusão da língua. Outros sintomas que acompanham os tremores estão relacionados à hiperatividade autonômica, tais como taquicardia, aumento da pressão arterial, sudorese, hipotensão ortostática e febre (< 38°).

Aproximadamente 90% dos casos não evoluem para além de um quadro efêmero, brando e marcado por tremores, insônia, agitação e inquietação psicomotora, com auto-resolução em 5 a 7 dias, ou menos.

Apenas uma pequena parte dos usuários (no entanto, população bastante comum no CRATOD, tendo em vista a vulnerabilidade e gravidade do quadro de dependência na região da Cracolândia) ingere quantidades de álcool por um período de tempo suficiente para desenvolver uma sintomatologia mais intensa e completa. O quadro clínico é florido e de fácil identificação: tremores grosseiros e generalizados (óbvios nas extremidades e na região perilabial), sudorese profusa, aumentos significativos da pressão arterial, dos batimentos cardíacos e da temperatura. Esse estágio de abstinência é atingido em 48 horas após a última dose de álcool ingerida. Seu ponto alto é alcançado com o aparecimento de alucinações. Normalmente são auditivas, mas podem ser também visuais. Nessa fase, o indivíduo conserva a crítica necessária para julgá-las como inverossímeis, apesar de presentes.

São dois os princípios básicos do tratamento da abstinência alcoólica: aliviar o

desconforto e prevenir as complicações diretas (convulsões e *delirium tremens*) e indiretas (gastrites, hepatites, pancreatites, descompensações, TCEs...) causadas por essa. Todos os pacientes que fazem uso crônico e grave de álcool, abstinentes, devem receber 100mg de tiamina intramuscular por 3 dias para prevenir complicações neurológicas. Os níveis glicêmicos e os eletrólitos devem ser investigados rapidamente e corrigidos prontamente, já que podem provocar quadros confusionais semelhantes ao *delirium tremens*, convulsões e comprometimento do funcionamento cardíaco. Sempre que a correção de glicose for necessária, a aplicação intramuscular de 100mg tiamina deve precedê-la, uma vez que suas reservas são agudamente depletadas pela administração da glicose e podem precipitar a encefalopatia de Wernicke. Outros procedimentos básicos são o aporte hídrico endovenoso e nutricional. A maioria dos abstinentes responde a esses procedimentos.

Para aqueles que não respondem aos procedimentos suportivos, o tratamento farmacológico deve ser instituído. O objetivo da farmacoterapia é o controle dos sintomas através de um sedativo com tolerância cruzada com o álcool, aliviando os sintomas e prevenindo complicações. De todos os sedativos disponíveis, os benzodiazepínicos (BZD) são os mais seguros e eficazes. Além disso, têm ação anticonvulsivante e preventiva eficaz para o *delirium tremens*. Há diversas opções de BZD e modos de prescrevê-los, de acordo com as necessidades de cada paciente e a experiência do profissional em utilizá-las. BZD de meia-vida longa (diazepam e clordiazepóxido) são os mais indicados, pois protegem o paciente por mais tempo. Naqueles cuja função hepática encontra-se comprometida (hepatopatas e idosos), é preferível utilizar BZD que passem apenas pela conjugação hepática,

como o lorazepam (1 - 4 mg a cada 6-8 horas) e o oxazepam (15 - 60 mg a cada 6-8 horas). Em mulheres grávidas, o fenobarbital é a melhor opção, devido aos riscos de malformação cardíaca apresentados pelo uso dos BZD (6,7).

Agitação Psicomotora

A agitação psicomotora pode ser definida como uma atividade motora excessiva, associada a uma experiência subjetiva de tensão, observada por meio de manifestações clínicas caracterizadas por fala provocativa e ameaçadora, tensão muscular, hiperatividade, impaciência, desconfiança, entre outras. O comportamento agitado ou agressivo não é uma particularidade de nenhuma condição médica específica, portanto, implica uma ampla investigação do diagnóstico diferencial. Alguns transtornos mentais como esquizofrenia e episódio maníaco, nos quais os distúrbios do pensamento e do humor resultam numa percepção alterada da realidade, podem cursar com períodos de agitação psicomotora ou violência. Pacientes com intoxicação por substâncias psicoativas (mais frequentemente álcool, maconha, cocaína e anfetaminas), bem como pacientes em síndrome de abstinência alcoólica podem apresentar agitação ou comportamento violento. Condições neurológicas e outras condições médicas também podem se associar ao comportamento agitado ou violento, como, por exemplo: intoxicações medicamentosas, tireotoxicoses, infecções do sistema nervoso central, traumatismos crânio-encefálicos, acidentes vasculares cerebrais, demências, quadros infecciosos em idosos, hipoglicemia, hiponatremia, hipóxia, entre outros. Portanto, um raciocínio clínico voltado para a identificação da causa subjacente é fundamental para guiar de maneira apropriada tanto a investi-

gação diagnóstica, como as possíveis intervenções terapêuticas.

Diante de um paciente potencialmente agressivo pode haver uma expectativa dos demais profissionais da equipe, e também de outros pacientes ou acompanhantes, de que o médico intervenha prontamente, de maneira a controlar a situação de imediato. O médico deve tomar suas decisões para a condução do caso com a maior brevidade possível, desde que tenha sido capaz de obter as informações essenciais para o adequado estabelecimento do diagnóstico e plano terapêutico. A avaliação e manejo de um paciente agitado, potencialmente agressivo ou francamente violento, é complexa e exige dos profissionais habilidades e competências diversas, que devem ser aplicadas em conjunto e com agilidade.

O Manejo Ambiental de dá por intervenções ambientais que visam aumentar a segurança do paciente e da equipe, ajudar o paciente a controlar seus impulsos agressivos e evitar a progressão do comportamento violento. A primeira medida que deve ser considerada e que antecede o atendimento de emergência propriamente dito é a organização do espaço físico, que inclui, por exemplo, a retirada de objetos ou aparelhos que possam ser quebrados ou mesmo usados como armas. O acesso à porta deve ser o mesmo, tanto para o médico como para o paciente, já que alguns pacientes persecutórios podem se sentir acuada, o que aumentaria o risco de agressão física. Por uma questão de segurança de ambos, um paciente potencialmente violento não deve ser atendido por um único membro da equipe. Além disso, a presença de outros profissionais de saúde ou mesmo de seguranças no local de atendimento ajuda a coibir comportamentos violentos de maneira significativa. Ao menor indício de hostilidade ou agitação, o paciente deve ser imediatamente avaliado, mesmo que

isso implique a interrupção de outra atividade clínica, ou uma desconsideração quanto à ordem de chegada para atendimento. Quanto mais cedo o paciente for abordado, menor é o risco de evolução para comportamento violento.

A exposição a estímulos ambientais deve ser reduzida, bem como a pessoas desestabilizadoras para o paciente – como, por exemplo, um familiar com quem o paciente tem uma relação conflituosa, ou um membro da equipe que o paciente envolveu em seus delírios; eles devem ser afastados do paciente naquele momento de agitação.

Para o Manejo comportamental correto, entende-se que pacientes em agitação psicomotora podem impactar emocionalmente o próprio médico e equipe, que se deparam com uma situação de ameaça à sua integridade física, de outros pacientes sob sua responsabilidade e dos demais membros da equipe. Deve-se reconhecer que os comportamentos ameaçadores e hostis são manifestação clínicas de um transtorno mental. Isso é fundamental para que o médico mantenha a neutralidade e evite agir de maneira excessivamente permissiva ou punitiva.

Encarar a agressividade do paciente como mais um sintoma a ser considerado no quadro clínico e como sinal de sofrimento psíquico, evita que o médico entenda a situação como ameaça ou coação contra a sua própria pessoa. Isso permite que o profissional de saúde adote uma atitude empática e acolhedora, o que, na verdade, facilita o contato com o paciente e o consequente controle da violência. O objetivo é estabelecer uma relação médico-paciente a mais próxima possível de um vínculo de confiança e respeito, em que o paciente se sinta acolhido e com seu sofrimento reconhecido, de maneira a facilitar o estabelecimento de um esforço mútuo no sentido de controlar a agressividade.

Algumas atitudes e comportamentos relativamente simples podem ajudar de maneira significativa no manejo de pacientes agitados. O médico deve dirigir-se ao paciente de maneira que seja visto pelo paciente, ao mesmo tempo em que se mantém atento aos movimentos e à fala do paciente. De modo algum, o médico deve dar as costas para um paciente agitado. Os movimentos devem ser suaves, mantendo-se certa distância física do paciente. Deve-se tentar manter o contato visual e evitar fazer anotações neste momento. Antes de qualquer intervenção, o médico deve se apresentar ao paciente, dizendo seu nome e seu papel profissional naquela situação. A fala deve ser pausada, mas firme, tomando-se o cuidado de evitar entonações ou frases hostis ou demasiadamente autoritárias. As intervenções verbais devem ser objetivas, claras. Não se deve barganhar com o paciente, mas é muito importante manter alguma flexibilidade na condução da entrevista e estar atento ao que o paciente tem a dizer ou reivindicar. Os limites quanto aos riscos de agressão física e as regras para atendimento no serviço devem ser colocados de maneira clara e objetiva, sem ameaças ou humilhações. Estimula-se o paciente a expressar seus sentimentos em palavras e o médico deve reforçar a capacidade de autocontrole do paciente.

Em relação ao manejo farmacológico, até recentemente, sedação era tida como o objetivo principal no manejo de pacientes agitados. No entanto, atualmente, a sedação excessiva é considerada como um efeito colateral indesejável, que interfere na avaliação médica inicial e na observação da evolução do quadro clínico, além de expor o paciente ao risco de complicações clínicas. O objetivo do uso de medicações é tranquilizar o paciente o mais rapidamente possível, reduzindo o risco de auto e heteroagressividade e da ocorrência de

efeitos colaterais, mas de maneira a permitir a continuidade da investigação diagnóstica e da abordagem terapêutica. As medicações disponíveis para o uso em casos de agitação psicomotora são os antipsicóticos, os benzodiazepínicos e as associações dessas medicações.

Dentre os antipsicóticos convencionais há os de alta e baixa potência. Os antipsicóticos de baixa potência (ex.: clorpromazina) são medicações pouco seguras para o uso nesses casos, pois podem provocar sedação excessiva, hipotensão, arritmias cardíacas e diminuição do limiar convulsivo. Os antipsicóticos de alta potência (ex.: haloperidol) apresentam um perfil de efeitos colaterais mais adequado para o manejo de casos agudos, com baixa incidência de sedação excessiva ou hipotensão, baixa propensão ao efeito quinidina-like (menor probabilidade de arritmias cardíacas) e menor efeito na redução do limiar convulsivo. Podem ser administrados por via oral, intramuscular ou endovenosa. Os principais efeitos colaterais observados com os antipsicóticos de alta potência incluem efeitos extrapiramidais, como acatisia e distonia aguda e um maior risco de síndrome neuroléptica maligna. Os antipsicóticos de nova geração apresentam um melhor perfil de efeitos colaterais, com uma alta efetividade em reduzir a agitação sem sedação, mas são medicações com custo elevado e pouco disponíveis nos serviços de saúde.

Os benzodiazepínicos têm ação sedativa e ansiolítica, que leva a uma tranquilização do paciente. Podem causar depressão respiratória, sedação excessiva, ataxia e desinibição paradoxal. Devido ao efeito depressor do sistema nervoso central, devem ser evitados em pacientes intoxicados por outros depressores como álcool, barbitúricos ou opióides. Também devem ser evitados em pacientes com função respiratória prejudicada ou com suspeita de traumatismo crânio-encefálico. Os benzodiazepínicos mais utilizados são o diazepam, o

lorazepam e o midazolam. O diazepam pode ser administrado por via oral ou endovenosa; evita-se o uso intramuscular do diazepam por esta via levar a uma absorção errática da droga. Seu rápido início de ação, mesmo por via oral, faz com que seja uma medicação bastante utilizada em emergências. O lorazepam é muito utilizado para manejo de agitação psicomotora em países que dispõem das apresentações intramuscular e intravenosa, porém, no Brasil só está disponível a apresentação oral. O midazolam é uma medicação muito utilizada, por via intramuscular. Pode ser também administrado por via oral e endovenosa. Possui rápido início de ação, porém tem meia vida curta, o que faz com que esta medicação seja em geral utilizada em associação com outras drogas de meia vida mais longa. A associação de diferentes classes de medicamentos traz a vantagem do sinergismo de ação, que leva à utilização de doses menores de ambas as drogas e menores efeitos colaterais. A associação de um antipsicótico de alta potência com um benzodiazepínico é a prescrição mais freqüente para o manejo da agitação psicomotora.

Se o paciente ainda está cooperativo, mas com risco de agitação, a administração por via oral pode ser tentada. Geralmente, associa-se haloperidol, em doses de 2,5 a 5 mg com diazepam, na dose de 10 mg. Se há história de sintomas parkinsonianos, recomenda-se que sejam evitados antipsicóticos de alta potência. Por outro lado, se o paciente apresenta comorbidade clínica desfavorável, com risco de rebaixamento do nível de consciência ou risco de depressão respiratória, recomenda-se evitar benzodiazepínicos.

Se o paciente não se mostra cooperativo, está agitado, ou com risco iminente de violência ou fuga, recomenda-se a contenção física, conforme descrita abaixo e o uso de medicação parenteral. Em situações em que a agitação psicomotora é decorrente de outra

condição médica, recomenda-se o uso de haloperidol em doses baixas, por via intramuscular. Outras alternativas seriam olanzapina e ziprasidona, também por via intramuscular. Em intoxicações por estimulantes, sugere-se evitar antipsicóticos, pelos riscos de complicações cardíacas. Por outro lado, os benzodiazepínicos deveriam ser evitados em intoxicação pelo álcool ou por outras substâncias, para se evitar a potencialização dos seus efeitos.

Quanto ao manejo físico, a contenção física é o último recurso utilizado no manejo da agitação psicomotora. Seu uso restringe-se às situações em que os demais recursos falharam e há risco iminente de auto e heteroagressividade. Deve ser realizada por vários membros da equipe (mínimo de cinco pessoas), tendo em vista que o maior número de pessoas pode, por si só, levar à cooperação do paciente. Deve haver um plano específico de ação, em que cada membro da equipe tenha clareza sobre sua função. O paciente deve ser constantemente orientado sobre os passos envolvidos no procedimento e sua justificativa. O médico, geralmente líder nessas situações, deve estar presente durante todo o procedimento. A medicação parenteral deve estar disponível e ser administrada assim que possível para tranquilizar o paciente e diminuir o tempo necessário de contenção física.

Quando contido, o paciente deve ser mantido em uma posição confortável e em observação contínua das condições da contenção em si, evitando, por exemplo, o garroteamento de membros, assim como devem ser observadas as condições de hidratação, necessidade de reposição calórica e de eletrólitos e das condições de higiene e necessidades fisiológicas. Pacientes intoxicados devem ser contidos em decúbito lateral ou com a cabeceira elevada. A remoção da contenção física deve ser feita na presença de outros membros da equipe. A contenção física não é um procedimento inócuo e pode apresentar

riscos de morte ou alta morbidade como asfixia, aspiração, liberação maciça de catecolaminas, lesão de pele, rabdomiólise, desidratação, insuficiência renal aguda, trombose venosa, tromboembolismo, efeitos psicológicos traumáticos e risco de agressão por outros pacientes. Portanto, a contenção física deve ser mantida pelo menor tempo possível e sempre com monitoração por parte da equipe de saúde (8).

Comorbidades Psiquiátricas

A comorbidade psiquiátrica é caracterizada pela associação do transtorno psiquiátrico à dependência química, sendo que 80% dos pacientes que apresentam algum problema secundário ao uso de drogas possuem uma comorbidade, principalmente a depressão e a ansiedade, mas em menor porcentagem podem ser encontrados os transtornos psicóticos, transtorno bipolar, transtornos de personalidade, retardo mental e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

O uso de drogas prejudica significativamente a estabilidade dessas comorbidades, não raro é que o principal fator desencadeante de crises nestes pacientes seja o uso de drogas. Portanto, ideação suicida, episódio depressivo, episódio de mania, psicose, agitação psicomotora, alucinação, heteroagressividade, desorganização do comportamento podem ser secundários à instabilização causada pelo consumo (3).

A Internação em Dependência Química

A internação psiquiátrica para desintoxicação atualmente não difere da internação médica hospitalar na sua essência, uma vez que

essa tem função primordial de cuidar do paciente intensivamente com intuito de diminuir sua morbidade ou mortalidade, nesse caso causada pelo uso de drogas, cujos cuidados não são passíveis de serem realizados em nível ambulatorial. Neste contexto, se instituem cuidados intensivos, tanto do ponto de vista médico, de enfermagem e psicoterápico. Os motivos que levam à internação psiquiátrica são específicos, mas não fogem da premissa básica do cuidado à saúde, quando, se esgotaram os recursos ambulatoriais.

As indicações de internação psiquiátrica, após avaliação médica são: planejamento ou tentativa de automutilação, planejamento ou tentativa de suicídio, intoxicação grave por drogas, abstinência grave por drogas, sintomas psicóticos que levam à perda da autodeterminação, instabilização do humor com perda da autodeterminação, exposição social secundária a alterações psíquicas (alteração do humor, psicose ou descontrole no uso de drogas), planejamento de heteroagressão ou homicídio.

No contexto da clínica da dependência, todas essas alterações supracitadas podem ser desencadeadas pelo uso de droga, principalmente em eventos agudos, como na intoxicação, na abstinência ou na fissura (desejo físico e psíquico incontrolável de usar drogas). A finalidade do tratamento é, então, a de propor ações terapêuticas para que essas alterações se esvaíam, os riscos diminuam progressivamente, levando à estabilização física e psíquica e ao engajamento do paciente na recuperação. Para atingir esses objetivos deve ser realizada uma série de ações psicoterápicas, medicamentosas e de abordagem familiar (5).

Baseado nos diagnósticos e nos riscos a equipe propõe o tratamento. No caso do paciente necessitar de uma internação no leito da observação é feita a prescrição médica, são solicitados exames gerais e o paciente ficará em observação de 24 a 48 horas. Quando o paciente não

consente na internação e mantém as alterações psíquicas que prejudicam a crítica de doença somadas aos riscos de automutilação, de suicídio, de heteroagressividade ou de intoxicação grave com risco de morte, a internação pode passar a ser involuntária, sendo indicada pelo médico na presença da família ou de um terceiro, conforme previsto na Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. No CRATOD, diariamente o paciente é submetido a avaliação médica e a involuntariedade é avaliada, sendo essa condição normalmente passageira.

No caso de não ser identificada a necessidade de internação, o paciente pode ser encaminhado ao CAPS-AD ou UBS mais próximo da sua região. Quando o paciente está em situação de rua, é submetido a uma avaliação social, momento em que também pode ser indicado o acolhimento social nas Comunidades Terapêuticas ou nas moradias temporárias. No capítulo seguinte e nas próximas sessões, tanto as internações, quanto a reinserção social serão melhor discutidas.

Referências Bibliográficas

1. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Summary of the National Findings. Rockville, MD: Substance Abuse & Mental Health Services Administration; 2012. NSDUH Series H-44, HHS Publication (SMA) 12-4713; [Accessed May 3, 2013]. Available: <http://www.samhsa.gov/data/NSDUH/2k11Results/NSDUHresults2011.pdf>.
2. Conselho Regional de Medicina (CREMESP). Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. CREMESP; AMB. 2 ed. São Paulo: 2003.
3. Curran GM et al. Emergency department use of persons with comorbid psychiatric and substance abuse disorders. *Annals of Emergency Medicine*, v.41, n.5, p.659–667, 2003.
4. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. Cristiane Chaves de Souza, Francieli Aparecida Araújo, Tânia Couto Machado Chianca, *Revista da Escola de Enfermagem da USP* - 2015; 49(1): 144-151
5. Center for Substance Abuse Treatment. Detoxification and Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2006. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 45.) 1 Overview, Essential Concepts, and Definitions in Detoxification. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64119/>
6. Frances RJ, Franklin JE: *Clinical Features of Substance Abuse*. In: Frances RJ, Franklin JE: *Treatment of Alcoholism & Addictions*, Washington, American Psychiatric Press, 1989.
7. Laranjeira R, Nicastrí S. Abuso e Dependência de Álcool e Drogas. In: Laranjeira R, Dratcu L, Almeida OP: *Manual de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1996.
8. Del-Ben CM, Sponholz-Junior A, Mantovani C, Faleiros MCM, Oliveira GEC, Guapo VG, Marques JMA. Emergências Psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. *Revista FMRP*, suplemente temático Psiquiatria I, capítulo 10.

C A P Í T U L O

35

Critérios de involuntariedade e sua utilização
no contexto da dependência química

Marcelo Ribeiro
Alisson Trevizol
Lucas Marchetti

A doença mental pode ser definida, de acordo com Carol Sonenreich (1979) (1), na esteira do pensamento do psiquiatra e pensador francês Henri Ey (1900-1977), como a “perda da liberdade de escolhas”. Nesse sentido, Sonenreich acredita que o surgimento de fenômenos que se manifestam no psiquismo humano para além da vontade do sujeito – tais como as alucinações, os delírios, as oscilações patológicas do humor e as atitudes compulsivas – impossibilita que a vida mental do indivíduo acometido por tais alterações possa se exercer e se responsabilizar por seus atos com autonomia e liberdade.

Desse modo, é o transtorno mental desorganizador do psiquismo, impedindo o paciente de se comunicar logicamente com o outro, psiquismo esse que se posiciona na gênese dessa “perda da liberdade”. A partir desse instante, as interpretações do mundo e as vivências do doente mental deixam de ser compatíveis e aceitáveis – não pelo senso comum, de natureza moralizante, mas pela fenomenologia científica, que entende a doença mental como o colapso da comunicação lógica, a partir da qual se suprime a dialética; não há mais “sombra de dúvidas” por parte doente, pois o mesmo encontra-se imbuído de uma certeza de essência infalível, que suprime não só a comunicação, mas igualmente a subjetividade e a criatividade que tornavam possível a interlocução habitualmente esperada entre um indivíduo e o seu entorno sociocultural (2).

Nesse contexto, tomar a afirmativa “não quero parar de usar crack” como uma verdade absoluta ou um exercício de direito incontestado, capaz de isentar o usuário de qualquer tipo de abordagem terapêutica, pode ser tão negligente e danoso para usuário de drogas – por desconsiderar a provável presença de um transtorno mental –, quanto seria definir aprioristicamente que todo o usuário é um

doente passível de internação compulsória. Mais uma vez, segundo Sonenreich (1985) (3), “anormalidade” e “anomalia” não significam obrigatoriamente “patológico” – “o oposto do normal não é o doentio, é somente o anormal; o anormal pode sinalizar a doença, a patologia, quando nos permite conceber um distúrbio funcional correspondente”. Eis aí o campo da psiquiatria, no qual o tratamento coercitivo se faz presente – e necessário – algumas vezes, como será discutido ao longo desse capítulo.

Os tratamentos coercitivos

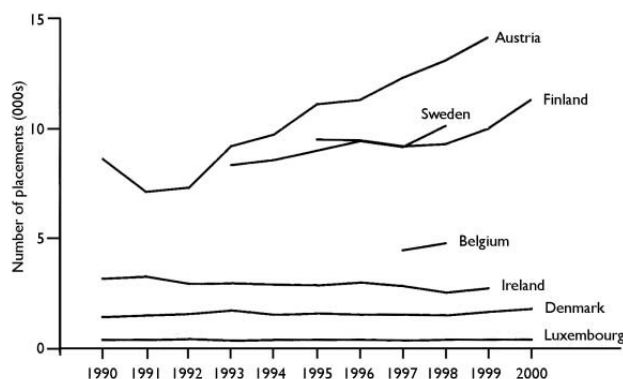
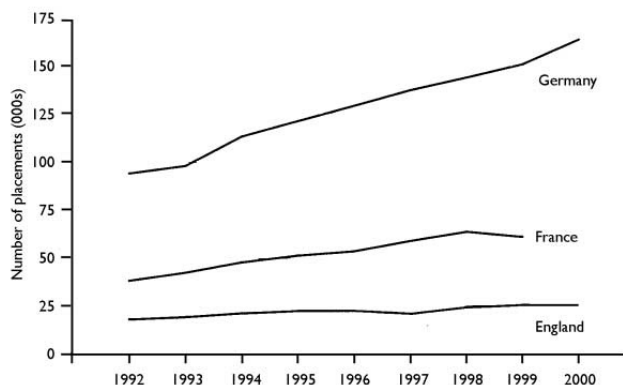
Segundo Zhang et al (2015) (4), a questão dos tratamentos coercitivos em psiquiatria é comumente abordada sob o ponto de vista da autonomia e das liberdades individuais, desconsiderando, em boa parte das vezes, o propósito original dos mesmos: prover cuidado para aqueles cujo transtorno mental prejudicou justamente e de modo significativo a autonomia e a liberdade de consentir ou de declinar.

Em decorrência da polarização em torno do conceito de “tratamento coercitivo em psiquiatria” – visto ora como um recurso infundado, repressivo e essencialmente paternalista, ora como medida de cuidado salvadora e estruturante para a autonomia do indivíduo – o mesmo tem sido objeto de calorosos debates e motivo de grande interesse clínico e de pesquisa nas últimas duas décadas (5).

O debate acerca do papel do tratamento coercitivo ganhou força entre os países europeus e anglo-saxônicos na transição para o século XXI, quando modelos de cuidado baseados na comunidade e hospitalares de curta duração – destinados ao tratamento da fase aguda dos transtornos mentais – já haviam substituído, em grande parte, o modelo asilar e médico que

vigorara durante boa parte do século XX. Nesse sentido, a estruturação de novos ambientes e procedimentos de atenção à saúde mental carecia de nova concepção jurídica acerca da involuntariedade, com o intuito a operacionalizá-la dentro da nova rede criada (6).

No caso específico das internações, alguns países da União Europeia – entre eles Alemanha, Inglaterra, Áustria, Suécia e Finlândia – observaram um aumento absoluto do número de internações involuntárias (Figura 1), provavelmente em decorrência da mudança na estrutura de atenção em saúde mental no sentido de eliminar a internação prolongada em manicômios, a qual limitou o tempo de internação aos episódios agudos – internação breve –, à custa de um aumento na frequência das readmissões (7).



Frequência de internações involuntárias (por 100.000 habitantes) nos países mais populosos [acima] e menos populosos [abaixo] da União Europeia durante os anos 90. Fonte: Salize & Dressing, 2004

Certamente, o transtorno mental, por si só, não é motivo suficiente para a aplicação de medidas coercitivas. Além da presença deste, é necessário que o seu portador represente uma situação potencial de risco para si ou para outrem (6). Nesse sentido, boa parte da União Europeia, a América Anglo-saxônica, a Austrália e o Japão vêm reformando suas leis relacionadas à saúde mental desde meados dos anos noventa, com o intuito de adaptar esse preceito ao novo modelo de saúde mental advindo das reformas psiquiátricas, bem como aos pactos e declarações internacionais ligados aos direitos humanos.

As internações involuntárias no CRATOD

O Programa Recomeço entende, desde a sua fundação, que a internação tem função terapêutica e protetiva e, por isso, precisa ser oferecida ao usuário de substâncias psicoativas que dela necessita. Para viabilizar esse procedimento de extrema complexidade, o CRATOD estruturou, ao longo dos últimos quatro anos, uma equipe de saúde multidisciplinar altamente preparada, do ponto de vista técnico para o diagnóstico e o manejo das situações de risco, entre elas a agitação psicomotora grave e o risco de heteroagressão.

O CRATOD defende a internação involuntária desde que amparada por critérios médicos e em consonância com as diretrizes da Lei Federal 8080/1990 e suas atualizações, no que se refere ao Sistema Único de Saúde (SUS), quanto ao acesso ao tratamento e humanização do atendimento, assim como as diretrizes do Conselho Federal de Medicina (CFM) quanto aos critérios clínicos para internações involuntárias, bem como o disposto na Lei 10.216/2001. Vale mencionar, também, a

consonância do serviço com a Lei 7.853, de 24 de outubro de 1989, que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, que institui a prática de crime recusar, retardar ou dificultar internação ou deixar de prestar assistência médico-hospitalar e ambulatorial à pessoa com deficiência (artigo 8º., inciso IV), sendo ainda mais grave se tal crime for praticado em atendimento de urgência e emergência – como é o caso da unidade de observação e repouso.

Critérios diagnósticos

A equipe médica do CRATOD considera suficiente a presença de pelo menos um dos critérios, estabelecidos na Resolução CFM nº 2057/2013, a saber: I - incapacidade grave de autocuidados – ausência de crítica em relação seu estado atual, especialmente no que tange à presença de intoxicação ou de sintomas psicóticos; II - Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde e III - Risco de autoagressão ou de heteroagressão (ideação ou risco de automutilação; ideação ou risco de suicídio) e IV - Risco de prejuízo moral ou patrimonial e V - Risco de agressão à ordem pública – risco iminente de provocar danos físicos ou patrimoniais a si próprio ou a outrem.

Dando sequência ao atendimento iniciado após a classificação de risco, o paciente é encaminhado à unidade de observação e repouso, onde passará por novas avaliações da equipe multiprofissional, composta por enfermeiros, assistentes sociais e médicos. Os mesmos contam também com o apoio de outros dois psiquiatras-plantonistas, de um clínico-geral (cobertura 24 horas) e de um infectologista – esse último, responsável pela realização dos testes rápidos para HIV, Hepatites B & C e sífilis e pela investigação de tuberculose em todos os admitidos. A partir desta extensa e in-

tensa avaliação, dentro do contexto ao qual o paciente está inserido, o status de sua admissão pode vir a ser alterado, entre involuntário ou voluntário e vice-versa.

Em consonância com os parágrafos anteriores, a presença de um ou mais desses critérios aumentou em duas vezes a chance de o paciente ter sido internado involuntariamente (OR=2,08; p=0,000), demonstrando de forma significativa a diferença entre os grupos de pacientes voluntários e involuntários. Quase a metade dos pacientes involuntários (45%) relataram tentativas de suicídio anteriores e 42% apresentavam sintomas psicóticos no momento das avaliações, dentre os quais 90% estavam intoxicados. A presença de delírio durante a permanência do paciente na observação do CRATOD aumentou em 33% a chance de o mesmo ser transferido involuntariamente para a enfermaria de desintoxicação (OR=1,33; P=0,03).

Ainda assim, a presença de um desses critérios não é determinante para conduta de internação involuntária, pois a mesma se dá a partir da investigação de outros fatores de proteção e risco, bem como pela avaliação multidisciplinar que compõe a triagem e o acolhimento de todos os pacientes que procuram o serviço.

A título ilustrativo, 51% dos pacientes que procuraram a triagem do CRATOD (n=725) apresentavam sintoma psicótico, com diferentes níveis de gravidade. Desses, 57% foram internados voluntariamente, indicando que esse sintoma, quando isolado, pode ser “neutralizado” por outros critérios, de natureza protetiva, tais como a motivação para o tratamento, o suporte familiar, entre outros.

ADMISSÕES INVOLUNTÁRIAS
NA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO E
REPOUSO DO CRATOD REALIZADAS
NO PRIMEIRO QUADRIMESTRE DE 2017

Durante o período de janeiro a abril de 2017, 4.164 pessoas procuraram o serviço de triagem do CRATOD – aberto 24 horas, todos os dias da semana –, das quais 1.334 (32%) tiveram admissão para os leitos de observação/repouso do serviço, permanecendo em média por até 72 horas. Dos pacientes admitidos para os leitos de observação/repouso (n=1334), parte foi transferida para dar sequência ao tratamento internado em enfermarias para desintoxicação breve, em unidades hospitalares (n=1051) (25,2%) ou tiveram alta da própria observação (n=283) (6,8%); os demais pacientes acolhidos – juntamente com os que receberam alta da observação – foram encaminhados para o CAPS-AD do próprio CRATOD ou referenciados para os serviços do território de origem do acolhido (n=2.830) (68%).

Desse modo, foi possível constatar que do universo de usuários que procurou o CRATOD no primeiro quadrimestre, 74,8% do mesmo foi avaliado e encaminhado para atendimento ambulatorial na rede de CAPS-AD da Região Metropolitana de São Paulo, enquanto 25,2% do total de usuários foi transferido da unidade de observação e repouso do CRATOD para alguma enfermaria para desintoxicação, da administração direta ou conveniada com a Secretaria do Estado da Saúde (SES).

Dos casos transferidos para internação em unidades hospitalares (n=1051), 680 haviam sido admitidos na observação do CRATOD de forma voluntária (64,7%), 370 involuntariamente (35,2%) e 1 caso, de modo compulsório (0,1%).

EVOLUÇÃO DAS ADMISSÕES INVOLUNTÁRIAS NA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO E REPOUSO DO CRATOD, NAS PRIMEIRAS 72 HORAS

A admissão nos leitos de observação e repouso, a evolução multidisciplinar dos pa-

cientes durante sua estada de até 72 horas no CRATOD e a transferência ulterior para enfermarias de desintoxicação integram um processo dinâmico e passível de alterações em seu status de voluntariedade / involuntariedade dentro de curtos períodos de tempo.

Tal fenômeno pôde ser observado entre os pacientes admitidos na observação do CRATOD durante o primeiro quadrimestre desse ano (Figura 1).

SOBRE OS PACIENTES QUE FORAM TRANSFERIDOS PARA ENFERMARIAS DE DESINTOXICAÇÃO VOLUNTARIAMENTE (n=857) (82%):

a maioria dos pacientes admitidos na observação do CRATOD de forma voluntária foi avaliada e transferida voluntariamente para a enfermaria de desintoxicação indicada pela equipe médica (n=679) (65%). Uma pequena parte dos pacientes que se internou voluntariamente, em algum momento do período em que esteve em observação – de 24 a 72 horas – mudou de ideia, mas, por critérios médicos, passou para a condição de involuntariedade, motivando-se novamente para a internação nas horas seguintes (VIV) (n=48) (4%) – um perfil recorrente dentro desse grupo são os pacientes que, apesar da admissão voluntária, apresentam critérios para internação involuntária, tais como antecedentes imediatos de hetero/autoagressão, de ideação suicida estruturada presente, de tentativas prévias de suicídio, bem como delírio, alucinações e labilidade do humor. Há também aqueles internados involuntariamente, mas que prontamente mudaram para voluntários e assim foram transferidos para a desintoxicação (IVV) (n=6) (0,7%). Os pacientes admitidos com alto grau de intoxicação ou de agitação psicomotora são comuns nessa classe, assim como no grupo dos que se internaram involuntariamente, permanecem assim na primeira avaliação, mas

se motivam nas horas seguintes e são transferidos voluntariamente (IIV) (n=124) (12%).

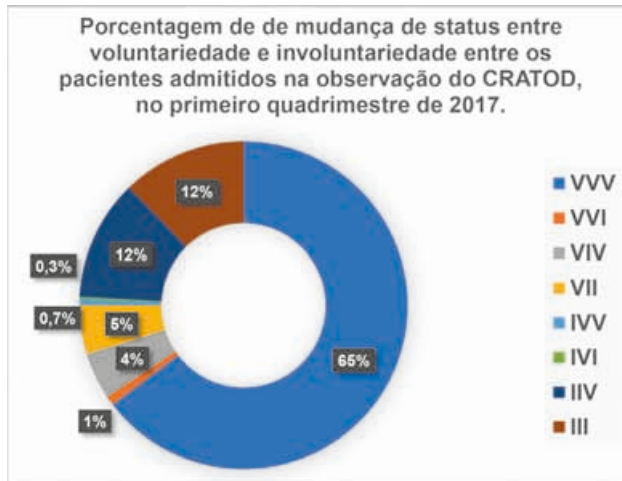


Figura 1: Evolução do tipo de admissão / internação dos pacientes acolhidos na unidade de observação e repouso do CRATOD, no primeiro quadrimestre de 2017.

SOBRE OS PACIENTES QUE FORAM TRANSFERIDOS PARA ENFERMIARIAS DE DESINTOXICAÇÃO INVOLUNTARIAMENTE (n=193) (18%): a maioria desse grupo permaneceu sob os cuidados do CRATOD nessa condição desde a admissão na observação no CRATOD (III) (n=129) (12%). Há um grupo de pacientes que se internou voluntariamente, logo mudou de ideia, mas os pacientes foram mantidos e transferidos involuntariamente para internação, por critério do médico (VII) (n=51) (5%). É o caso dos pacientes com baixa motivação para o tratamento, que possuem concomitantemente critérios para internação involuntária, como os pacientes com comorbidades psiquiátricas ou antecedentes imediatos de auto/heteroagressividade. Também pertencem a essa categoria, aqueles internados de forma involuntária, que se tornaram voluntários prontamente e após algumas horas demonstraram ausência de crítica sobre o seu estado, sendo transferidos involuntariamente, a seguir (IVI) (n=3) (0,3%). Por fim, os pacientes voluntários durante todo o período

de observação, mas que desistiram no momento da transferência para a enfermaria, sendo enviados involuntariamente por questões médicas ou psiquiátricas (VVI) (n=10) (1%).

Resumidamente, quanto à evolução do tipo de internação, vale ressaltar que num intervalo de 72 horas, 181 (49%) dos pacientes admitidos na observação involuntariamente foram transferidos e admitidos voluntariamente nas enfermarias de desintoxicação referenciadas ao CRATOD; ao passo que em entre os admitidos de modo voluntário, 61 (8%), foram transferidos de forma involuntária.

Discussão

Apesar do entendimento geral de que procedimentos destinados a substituir medidas coercitivas devem ser objeto contínuo de aprimoramento, não é possível ainda praticar uma psiquiatria completamente justa e segura, sem a utilização desse tipo de medida (8).

De acordo com Zemishlany & Melamed (2006) (9), a internação involuntária deve considerar três dimensões, a saber: o direito do paciente de ser assistido pela saúde de forma universal e equânime, o direito do paciente à liberdade e à dignidade e a proteção do coletivo.

Mesmo considerando a internação involuntária uma medida terapêutica capaz de contribuir para o bem-estar e a dignidade do paciente; mesmo considerando que a mesma seja capaz de evitar que o paciente se exponha a situações capazes de lhe propiciar restrições de liberdade ainda maiores – tais como penas de prisão por roubos ou homicídios; e mesmo considerando, ainda, que a maioria dos pacientes internados involuntariamente apresenta melhora significativa – com índices de recidiva, de reinternação ou de reinserção

social semelhantes aos internados voluntariamente –, estudos demonstram que a maior parte deles não reconhece retrospectivamente que tal intervenção fora justificada ou benéfica (10), representando um desafio para o desenvolvimento de políticas efetivas e humanizadas, bem como para o médico-plantonista, que precisa tomar decisões tecnicamente acertadas em vários campos do conhecimento.

Com a finalidade de demonstrar que a internação involuntária, quando indicada a partir de critérios médicos, não está associada a um maior tempo de permanência nesse regime de tratamento, o CRATOD solicitou ao Hospital Lacan, conveniado do Programa Recomeço, os dados acerca de todas as internações voluntárias, involuntárias e compulsórias realizadas no mesmo período – janeiro a abril/2017, encaminhadas não apenas pelo CRATOD, mas também pela DRS-1 e pela Coordenação Estadual de Saúde Mental | Secretaria do Estado da Saúde (SES).

Os resultados demonstraram que, em média, os pacientes estiveram internados voluntariamente por 47,9 dias, involuntariamente por 40,9 dias e compulsoriamente por 117 dias. Não houve diferença estatística entre as internações voluntárias e involuntárias, mas uma clara diferença entre estas e as compulsórias. Entre os três tipos de internação não houve diferença na distribuição das porcentagens entre gênero, idade ou dos transtornos psiquiátricos identificados (CID 10).

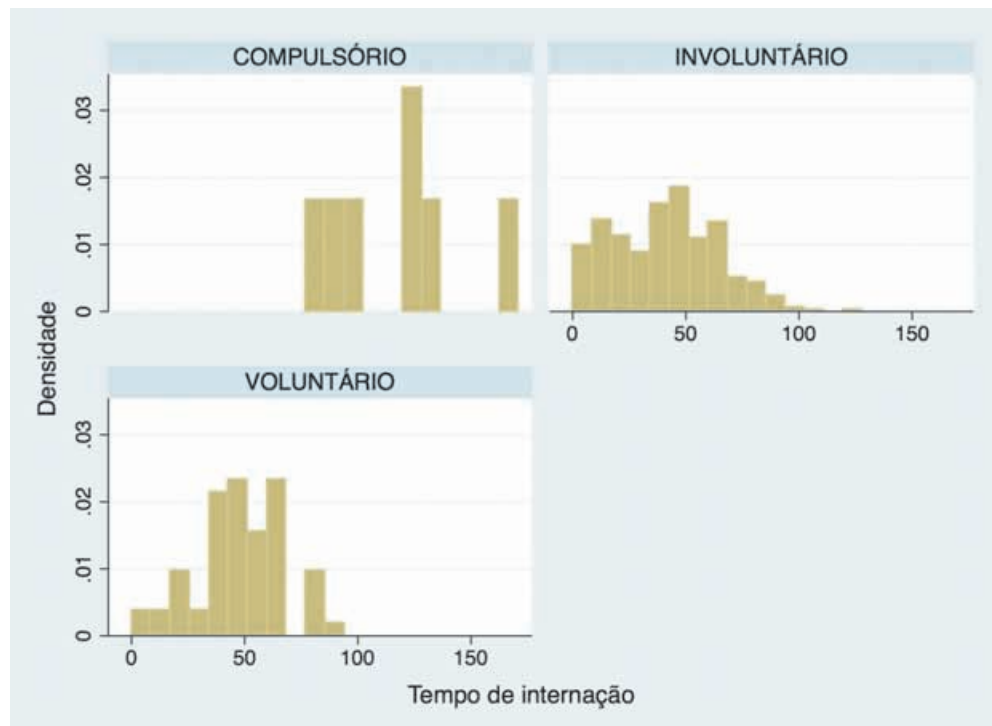


Figura 3: O histograma mostra a distribuição de número de dias de internação da totalidade dos pacientes encaminhados para o Hospital Lacan no primeiro quadrimestre de 2017. Dos três tipos de internação descritos, pode-se observar que no gráfico de internações compulsórias os pacientes estão dispostos, quase na totalidade acima de 100/150 dias enquanto os demais tipos de internação estão concentrados em torno de 50 dias, representando 1/3 do tempo do compulsório.

Apesar da existência de incontáveis fatores – de diversas naturezas e de campos distintos do conhecimento –, é importante salientar que de acordo com os achados do presente estudo, os critérios diagnósticos e as linhas de conduta oferecidas pela psiquiatria hodierna – principalmente por se encontrar inserida em propostas de trata-

mento multidisciplinares –, foram suficientes para garantir o retorno do paciente ao seu ambiente de convívio dentro do período de tempo esperado. Evidências que certamente embasarão os debates preocupados em encontrar modelos de tratamento eficazes e em sintonia com direitos fundamentais dos pacientes atendidos.

Referências Bibliográficas

1. Sonenreich C, Bassitt W. O conceito de psicopatologia. São Paulo: Monole; 1979.
2. Fiks JP. Delírio – um novo conceito projetado em cinemas. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria; 2002.
3. Sonenreich C, Kerr-Correa F. Escolhas do psiquiatra: saber e carisma. São Paulo: Manole; 1985.
4. Zhang S, Mellsop G, Brink J, Wang X. Involuntary admission and treatment of patients with mental disorder. *Neurosci Bull.* 2015 Feb;31(1):99-112.
5. Kallert TW, Mezzich JE, Monahan J. Introduction. In: Kallert TW, Mezzich JE & Monahan J. *Coercitive Treatment in Psychiatry – clinical, legal and ethical aspects.* West Sussex (UK): Wiley-Blackwell; 2011. pp. 1-12.
6. Gaebel W, Zäske H. Coercitive treatment and stigma – is there a link. In: Kallert TW, Mezzich JE & Monahan J. *Coercitive Treatment in Psychiatry – clinical, legal and ethical aspects.* West Sussex (UK): Wiley-Blackwell; 2011. pp. 13-32.
7. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psych* 2004; 184:163–8.
8. Steinert T, Lepping P. Is it possible to define a best practice standard for coercitive treatment in psychiatry? In: Kallert TW, Mezzich JE & Monahan J. *Coercitive Treatment in Psychiatry – clinical, legal and ethical aspects.* West Sussex (UK): Wiley-Blackwell; 2011. pp. 49-57.
9. Zemishlany Z, Melamed Y. The Impossible Dialogue between Psychiatry and the Judicial System: A Language Problem. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2006; 43(3): 150–8.
10. Kallert TW, Glöckner M, Schützwohl M. Involuntary vs. voluntary hospital admission – a systematic literature review on outcome diversity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 258:195–209.

CAPÍTULO

36

A remoção especializada
em Dependência Química

Ana Carolina Siqueira de Moraes

Shirley Aparecida Lima

Wiviane Falasca Pereira

O Programa Recomeço foi criado a partir do Decreto Estadual nº 59.164, de 09 de Maio de 2013, com o intuito de desenvolver, executar e aprimorar as estratégias de atendimento nas três fases de tratamento de pacientes dependentes químicos, sendo elas; acolher, oferecer tratamento hospitalar, ambulatorial e reinseri-los socialmente, assim como tratar também seus familiares co-dependentes.

Desta forma ampliaram-se as articulações de serviços oferecidos pelo CRATOD-Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas, juntamente com as Secretarias de Desenvolvimento Social, de Justiça e Defesa da Cidadania.

Devido à grande demanda de usuários a serem atendidos, surgiu, então, a necessidade da criação de uma equipe especializada na remoção e transferência de dependentes químicos em ambulâncias, nas imediações da Capital, região Metropolitana, Interior e Litoral de São Paulo. Dentre as instituições conveniadas estão Hospitais Psiquiátricos, Hospitais Clínicos com Unidades Psiquiátricas, Comunidades Terapêuticas e Moradias Assistidas para atender o indivíduo em várias fases do tratamento.

As Equipes e o Atendimento Humanizado

Com o auxílio da administração compartilhada entre Governo do Estado de São Paulo e Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM, em 17 de Março de 2014 foram implantadas no CRATOD – Centro de Referência de Álcool Tabaco e Outras Drogas, 4 (quatro) equipes compostas por enfermeiros e técnicos de enfermagem com experiência no manejo de pacientes dependentes químicos e/ou com transtornos mentais, afim de acolher de forma humanizada,

realizar triagem destes usuários com auxílio de equipe multidisciplinar e estabelecer juntos o melhor tratamento individualizado a ser seguido para esse indivíduo.

Este atendimento avalia o usuário de forma holística, (biopsicossocial), garantindo sua integridade como ser humano, fortalecendo seus laços familiares e dando-lhe condições para um novo convívio social.

Os profissionais especializados em psiquiatria e dependência química em sua prática assistencial devem atender aos usuários de forma compreensiva, sem julgamentos ou críticas, pois somente assim se criará um vínculo de confiança onde os resultados serão melhor aproveitados e o nível de abandono do processo terapêutico se torna menor.

O profissional de enfermagem especializado, com auxílio de instrumentos avaliativos como, avaliação de riscos (queda, evasão, autoagressão, heteroagressão, suicídio) e escala de grau de dependência torna a avaliação prévia de transferência adequada e minimiza os riscos e consequências de gravidade dos casos.

O sucesso de uma intervenção em manejo de crise deve conter:

- Equipe especializada
- Contato prévio rico em informações
- Cuidadosa abordagem local

Essa intervenção cabe a qualquer momento do tratamento em que ocorrer a crise. Todo enfermeiro deve reconhecer a situação de crise e abordar o paciente, o mais breve possível, de forma terapêutica, com segurança, firmeza e assertividade.

Respeito, confiança e empatia são três pilares de grande importância para uma comunicação efetiva.

Nos casos de pacientes que apresentem situações de crise pré-transferência o enfermei-

ro que realiza o manejo da crise com sucesso e estabelece bom vínculo com o paciente será o mais indicado para acompanhar este indivíduo até o final de seu atendimento em local de destino que for estabelecido para tal.

Da mesma forma, se algum paciente não cria vínculo com algum profissional ou se torna persecutório e ameaçador, não é aconselhável que este profissional o acompanhe, pois esta situação poderá agravar o quadro emergencial de crise, agressividade e ansiedade.

Modelo Assistencial

Com um modelo de assistência de enfermagem diferenciado para agilizar os processos de avaliação e transferência, o CRATOD mantém nas equipes de Enfermagem Especializada em Remoção o profissional Enfermeiro Referência, que é o líder de equipe. É esse profissional quem avalia as condições clínicas e psiquiátricas dos pacientes que já têm vaga pré-definida para as unidades de destino e dimensiona a equipe e o veículo necessário para o transporte do mesmo.

Este profissional também fica responsável por fazer parte da reunião multiprofissional que determina, juntamente com os outros profissionais (médico psiquiatra, médico clínico e assistente social, qual melhor forma de tratamento será disponibilizada para cada paciente respeitando o princípio do SUS (Sistema Único de Saúde), no que tanger à Equidade.

Todos os enfermeiros da equipe de remoção passam por treinamento para desenvolver a função de Enfermeiro Referência e, periodicamente, recebem atualização de normas e rotinas. Todas as equipes seguem uma escala de rodízio para que suas habilidades sejam treinadas em todas as funções da equipe, seja na liderança, transferência, manejo de crise, etc.

Disponibilidade de Vagas

As vagas utilizadas para internações dos usuários do CRATOD são disponibilizadas e reguladas pela CROSS – Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde.

De acordo com a Secretaria de Saúde do Governo do Estado de São Paulo, entendendo a regulação como importante ferramenta de gestão do sistema de saúde pública, que tem entre seus objetivos a equidade do acesso, implementado através de ações dinâmicas, executadas de forma equânime, ordenada, oportuna e racional, criou a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS), que congrega as ações voltadas para a regulação do acesso na área hospitalar e ambulatorial, contribuindo para a integralidade da assistência, propiciando o ajuste da oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão.

O Tratamento

Os pacientes atendidos no CRATOD são encaminhados para continuidade do tratamento em Hospitais Psiquiátricos, Hospitais Clínicos com leitos psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas. Podendo ser transferidos para grande parte de São Paulo, incluindo Capital, região Metropolitana, Interior e Litoral.

Em geral, o tratamento hospitalar se baseia na fase de desintoxicação e controle de sinais e sintomas ocasionados pela abstinência. Nesta etapa do tratamento são realizados exames laboratoriais e de imagem para descartar quaisquer complicações clínicas que possam levar o indivíduo ao óbito

O tratamento hospitalar abrange os diversos tipos de internações, voluntárias, involuntárias e compulsórias.

Para que os pacientes do CRATOD possam seguir o tratamento, os mesmos devem passar por avaliação com médico psiquiatra e clínico geral, enfermeiro e assistente social. Esta avaliação vai conduzir a equipe multiprofissional a estruturar melhor a forma de tratamento a ser seguido por estes pacientes. Dessa forma, cada indivíduo com suas necessidades específicas e terá seu tratamento idealizado de forma individualizada.

Comunidades Terapêuticas

As comunidades terapêuticas têm como base de tratamento a redução de danos, abstinência e mudança de comportamento. São consideradas instituições filantrópicas também algumas instituições, de cunho religioso que exercem um papel de ajuda mútua.

Nas comunidades terapêuticas, somente são permitidos pacientes voluntários que estejam de acordo com a proposta de tratamento oferecida pela equipe multidisciplinar e que já tenham passado pela fase de desintoxicação prévia.

Para que o paciente esteja apto a seguir o tratamento em uma Comunidade Terapêutica, o serviço social realiza uma abordagem específica onde esclarece o tipo de tratamento que o indivíduo seguirá após a desintoxicação, e analisa o perfil de cada paciente para saber qual tipo de comunidade terapêutica atenderá melhor a necessidade de cada um.

Grande parte das comunidades terapêuticas são ambientes rurais, onde a laborterapia faz parte do tratamento. Por sua vez, as comunidades que atendem a demanda de pacientes do CRATOD estão localizadas também na Capital, região Metropolitana, Interior e Litoral.

Muitos pacientes que são encaminhados à Comunidade Terapêutica se tornam conselheiros e auxiliam no trabalho de recepção e recuperação de adictos recém admitidos.

Tipos de Internação

Segundo a Lei Federal nº 10.216/01 as internações hospitalares podem ser voluntárias, involuntárias e compulsórias.

Internação Voluntária

Sabemos que todo tratamento hospitalar deve ser realizado em comum acordo com a equipe médica, para que o mesmo tenha melhor resultado. Sendo este tratamento o psiquiátrico, a voluntariedade serve como parâmetro de autonomia do paciente e base para o planejamento terapêutico individualizado.

Internação Involuntária

A internação involuntária é realizada sem o consentimento expresso do paciente e com pedido de um “terceiro”. Nas internações involuntárias observa-se a necessidade de proteção biopsicossocial para o paciente com transtorno mental.

Nestes casos o serviço de saúde tem até 72 horas para informar o Ministério Público da região sobre a internação e seus os motivos.

Internação Compulsória

A internação compulsória possui duas vertentes, a Criminal, que é típica de Hospitais de Custódia onde doentes psiquiátricos cumprem pena por seus delitos, e a Cível, que parte de ordem Jurídica para que Hospitais cumpram a ordem de tratar o doente.

Habitualmente, a Internação Compulsória Cível é solicitada por familiares de doentes mentais ou dependentes químicos que têm dificuldade para tratar seus familiares através dos recursos disponíveis e solicitam auxílio judicial para tal, sendo assim, a Unidade Hospitalar que for designada pelo Juiz deve cumprir a ordem, tendo ela vaga ou não.

Resultados

Desde 17 de março de 2014, o CRATOD e suas equipes de remoção trabalham incessantemente para atender a demanda de usuários dependentes químicos da região Central de São Paulo, designada como Cracolândia.

Em 37 meses de trabalho, no período de Abril de 2014 á Abril de 2017 foram realizadas aproximadamente 12 mil remoções entre voluntárias, involuntárias e compulsórias. Sendo, em média, transferidos 324 pacientes por mês.

As transferências são realizadas diariamente no período diurno e noturno.

Consideramos a transferência como uma fase do tratamento em que o dependente químico e seus familiares depositam toda sua esperança para um recomeço, uma nova chance de recuperar sua vida e sua dignidade.

O CRATOD espera poder contribuir para a melhoria de condições de saúde, vínculo familiar e promover estratégias de reinserção social para devolver à sociedade um cidadão totalmente recuperado.

Referências Bibliográficas

1. Quevedo J, Schimitt R, Kapczinski F. e colaboradores, Emergências Psiquiátricas. Porto Alegre: Artmed; 2008
2. Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC (orgs.). Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. São Paulo: Manole; 2008
3. Cross <http://www.cross.saude.sp.gov.br/> - Pagina do Governo do Estado de São Paulo – Secretaria da Saúde, acesso em 02-06-2017.
4. Programa Recomeço <http://www.saude.sp.gov.br/cratod-centro-de-referencia-de-alcool-tabaco-e-outras-drogas/institucional/historico-do-cratod>, Pagina do Governo do Estado de São Paulo – Secretaria da Saúde CRATOD, acesso em 02-06-2017.

S E Ç Ã O

5

Programas de Reinserção Social no CRATOD



FERNANDINHO CARNIÇA

Ele era famoso na “craco”, o tal de Carniça. Até reportagem de jornal já tinha virado. Era moço jovem, menos de trinta, com certeza. Apesar de maltrapilho, sujo e piolhento – num tomava banho há uns três anos –, não perdera de todo a juventude. Vivia sempre pelos cantos porque ninguém lá na cracolândia suportava mais o seu cheiro. Vira-e-mexe, algum ‘disciplina’ do tráfico o tocava dali para ainda mais longe. Era quase uma unanimidade em toda a cracolândia de que devia sair de lá para nunca mais voltar.

Mas que tipo de cheiro era aquele que incomodava a todos? Cheiro-de-falta-de-banho-de-anos dá nisso? Nada, era cheiro de carniça mesmo. O Carniça tinha uma ferida e um inchaço na perna esquerda do tamanho de uma meia! Uns diziam que dava para ver até o osso! Outros, que a mesma se transformara num berçário para larvas de mosca. Eu, hein? E o seu pé esquerdo? Parecia uma bola de futebol, juravam outros de pé junto.

Um belo dia, uma equipe recém-chegada à cracolândia ouviu a história de Carniça e saiu a pro-

cura daquele personagem, quase uma lenda urbana viva da “craco”. Dias depois, foi encontrado sentado numa pracinha. Mirradinho, quase não falava, prostrado, com uma faixa imunda em torno da perna. “- Venha conosco!”. Se prontificaram os agentes. Mas ele não quis daquela vez. Vários outros encontros como esse se seguiram nas semanas seguintes.

Até de um belo dia, de sopetão, ele decidiu que aceitaria ajuda. Uma operação de guerra foi montada. Ambulância, equipe para levar até o hospital, passagem de caso no pronto-socorro, equipe cirúrgica a postos. E lá se foi o Carniça em direção ao tratamento. A ferida era grande mesmo! Não do tamanho de uma meia, nem tão profunda, uma infecção extensa da pele e só. A conduta foi fazer curativos, tomar antibióticos, e, claro, muito cuidados clínicos gerais.

Dali, então, Fernando – sim, já não era mais o Carniça – foi para um hospital psiquiátrico iniciar o seu tratamento de desintoxicação. Claro que a perna do Fernandinho – sim, o pessoal já foi pegando intimidade com ele – virou uma espécie de xodó da turma. Todas as enfermeiras e auxiliares refaziam aquele

curativo como se estivesse trocando a fralda do seu próprio filho, tamanho o esmero com aquela ferida.

E as semanas se passaram. Fernandinho foi parar numa comunidade terapêutica. Ficou por lá quase um ano. Precisava ver a felicidade desse moço. A perna quase boa, cheio de atividades, lá pelas tantas, localizaram a família dele, lá do interiorzão de Minas. Apareceram a mãe e uma irmã. Fazia lágrima nos olhos de ver. Tudo parecia seguir às mil maravilhas para o Fernandinho. Moço bom, ingênuo com certeza, não dava para saber se já nascera assim, ou se de tanto levar porrada, vida lhe levava embora para sempre a esperteza.

Um belo dia, do nada, a mãe surgiu com outra moça, da saúde, tinha até uma ambulância. Era lá do posto da cidade dela. “- Tá bom já, Fernandinho, vamos te levar pra casa, seu lugar não é aqui, fechado”, disse a moça de avental com autoridade. Todo mundo entrou em pânico! Mas assim, de uma vez? Até o Fernandinho assustou. Por um lado, era mãe querendo que ele voltasse para casa com ela; por outro, bem agora que estava começando a conquistar as coisas do mundo de volta, já iam jogá-lo na selva de pedra – e das pedras – de novo? Como bom caboclo que era, pensou numa plantinha vivendo em solo ácido e arenoso, que a gente pega e deixa crescer e enraizar um vaso bonito, com solo fértil e gostoso, para depois devolver de volta para a terra grande. Teria ele desenvolvido a robustez necessária para sair?

Não deu outra: um mês depois, Fernandinho saiu fugido de Minas e estava de novo pelas quebradas da cracolândia. “- O povo lá não tinha paciência comigo”. Sua ferida que possuía uma camada de pele fininha, logo abriu e infectou tudo de novo. Foram semanas e semanas conversando com os abordadores. De vez em quando mandava recados para o CRATOD: “- Fala pro doutor que amanhã eu vou lá me internar”. E nada. Mais fácil o doutor ir até ele. Se encontravam na “craco”, Fernandinho contava a tristeza de ter voltado para casa e ter dado tudo errado, dava para sentir a tristeza dele, mas os dias se passavam e ele não aparecia no CRATOD.

Até que lá pelo Natal de 2015, Fernandinho chegou no CRATOD com um dos conselheiros em de-

pendência química. Decidira tentar mais uma vez! Todos da equipe se mobilizaram instantaneamente: Fernandinho voltou! Mais uma vez, hospital, centro cirúrgico, dessa vez, enxertos de pele! Mais um tempo internado em enfermaria para desintoxicação e de lá, para uma comunidade terapêutica.

E assim, mais de um ano e meio se passou... Sim, ele continua bem dessa vez! Eu conto. Seis meses depois de passar pela comunidade terapêutica, foi transferido para uma república terapêutica da mesma ONG, na cidade. Passou a ajudar o pessoal, a organização e participar dos tratamentos em grupos abertos disponíveis por lá. Também passou a frequentar o CAPS-AD daquela cidade. Também se tornou membro de Narcóticos Anônimos, só por hoje. Tudo isso, ele fez no início de forma monitorada, ou seja, sempre acompanhado por um colega de recuperação ou conselheiro da ONG. Foi pintando um sentimento de família – não daquele jeito de intimidade, mas daquele jeito de segurança mesmo, de saber que pessoas que estão com você, estão para o que der e vier. Sim, duas ou três vezes ele deu um perdido na moçada e saiu para usar. Mas voltou, foi mais no começo.

Atualmente, ele mora sozinho há seis meses, pegou a ficha de 6 meses limpo, trabalha carteira registrada bem do lado da ONG. Ainda vai todos os dias lá, almoça com o pessoal – tem até o prato favorito dele –, participa dos grupos de sentimento. Também vai ao CAPS-AD, gosta muito de duas oficinas que tem por lá. Também passa com o doutor, toma remédio para a ansiedade e para agitação. Ele sabe que o mundo é grande, que vida segue, por mais ingênua que seja sua noção da existência. Mas agora, tem cada vez mais certeza que tem com quem contar. Vez ou outra sua mãe pinta por lá, é bom, ficam juntos, almoçam, dão uma volta pela cidade, depois ela vai embora e a vida continua.

Ah! Claro, a perna esquerda do Fernandinho! Que beleza que ela está, precisava ver! Fechadinha da silva. Aberta agora, mesmo, só a sua perspectiva de uma vida melhor. E... toda vez que encontra com alguém do CRATOD diz: “ Falo pro Doutor que eu estou bem! Tira uma foto da minha perna pra mostrar pra ele”.

C A P Í T U L O

37

Experiências de Trabalho e Geração de Renda
no CAPS CRATOD.

Márcia Eleodorio Gouveia
Suréia Soares Rodrigues
Daniele Shizue Shimada Narazaki
Aparecida Santos
Marizilda Ferreira Pugliesi
Luiz Gustavo Vala Zoldan

“Morre lentamente quem abandona um projeto, quem, antes de iniciá-lo não pergunta sobre um assunto que desconhece ou não responde quando lhe indagam sobre algo que sabe”.

(Pablo Neruda – Quem morre)

No trabalho de reinserção social, é de suma importância a identificação das potencialidades e possibilidades do sujeito. Segundo Dejourns (1994), se o trabalho puder fundamentar-se na autonomia, possibilitando vivências de prazer, poderá ser gerador de sentimentos de gratificação, de realização, reconhecimento, liberdade e valorização.

Rodrigues, Marinho e Amorin (2010), em pesquisa realizada, apontam para a necessidade de resgatar a questão do trabalho realizado pelos Centros de Atenção Psicossocial junto aos usuários, não para procurar uma inserção imediata no mundo do trabalho, mas para valorizar esta dimensão da vida, cujo sentido é construído pela história e pela narrativa do próprio sujeito. O trabalho, como meio de inclusão social de pessoas portadoras de sofrimento mental, se afirma enquanto direito de cidadania, sendo necessário um aprofundamento sobre o papel do CAPS na articulação entre a clínica e a compreensão do trabalho, enquanto direito e enquanto proposta concreta de reinserção social, além do espaço físico do CAPS.

Com base no exposto, a partir das experiências vivenciadas pela equipe do CRATOD junto aos usuários, seguem as experiências do Time do Emprego, assim como da Oficina de Trabalho do Fuxico na Unidade.

O Time do Emprego

É um programa com o objetivo de orientar e preparar o trabalhador na busca

de um emprego compatível com seus interesses, habilidades e qualificação profissional. Desde sua criação, em 2001, até dezembro de 2016, o Time do Emprego beneficiou mais de 63 mil pessoas. Foram 2.614 turmas realizadas em todo o Estado de São Paulo e quase 23 mil inseridos no mercado de trabalho. A ação é baseada em um programa canadense que utiliza a metodologia Canadian Steel Trade and Employment Congress (CSTEC), que a SERT adaptou ao Projeto de Cooperação Técnica Brasil-Canadá de Transferência de Tecnologia para o Desenvolvimento de Recursos Humanos no Estado de São Paulo, realizado entre 1998 e 2002 pela Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional (ACDI) e pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC).

Os participantes formam um “time”, um grupo, para troca de experiências e procura conjunta por emprego ou ocupação. Durante esses encontros, eles recebem orientações sobre elaboração de currículo e preparação para entrevistas de emprego. São incentivados a conhecerem a si próprios e suas habilidades e competências e estabelecem metas de trabalho e de vida para que tenham sucesso na busca por uma colocação no mercado de trabalho. O conteúdo do Time do Emprego é constituído por 10 temas desenvolvidos em 12 encontros (uma ou duas vezes por semana), de três horas cada um, com grupos de 20 a 30 pessoas. A coordenação é realizada por 02 facilitadores, treinados pela SERT, os quais participam do encontro de avaliação anualmente (quem ministra o time é chamado de facilitador e quem é avaliado de participante). Os participantes têm direito a certificado do treinamento e da avaliação anual. A SERT fornece todo o material didático aos participantes e certificado para os que concluírem o treinamento.

Histórico do Time do Emprego no CRATOD

O Serviço Social, em sua intervenção na Oficina de Cidadania, que acontece semanalmente, observou que um número significativo de pacientes (a maioria) apontava o desemprego como uma forma de manutenção da exclusão social, não tendo desta maneira condições de suprir suas necessidades básicas. Assinalavam também a dificuldade de inserção no mercado de trabalho, denunciando as formas de preconceitos referentes à situação de dependência química.

Diante dessa realidade e com conhecimento do Programa Time do Emprego, foi realizado contato com a SERT (Secretaria do Emprego e Relações do Trabalho) para verificar a possibilidade da parceria, com o intuito de trazer o “time” para dentro do CRATOD. O contato foi efetivado com sucesso e desde 2012 acontece o que chamamos de “oficina” do Time do Emprego, realizada semanalmente. Dentre os objetivos do Time do Emprego no CRATOD podemos citar a estimulação da comunicação, relacionamento interpessoal, resgate da identidade pessoal e recolocação no mercado de trabalho. A abordagem de temas importantes, principalmente relacionados à questão financeira, vem ao encontro das dificuldades apontadas pelos participantes, pois parte dos usuários, quando com dinheiro em mãos, destina-o para o uso de drogas. O incentivo à autonomia, organização e planejamento leva os participantes a um confronto com a realidade do mercado de trabalho. Diante desse cenário, a metodologia aplicada prepara e treina a responsabilidade pessoal, desde aquisição de documentos pessoais, elaboração de currículo e autocuidado (higiene e aparência pessoal).

A didática aplicada envolve participação prática, com estabelecimento de metas a cada encontro. O Programa Time do Emprego e o CRATOD passaram por um processo de reestrutura-

ção em seus modelos de assistência em meados de 2012 e, nessa ocasião ficou suspensa a atividade do “time” no CRATOD, sendo retomada no ano de 2015. De acordo com o novo formato do Programa Time do Emprego, foi ministrada nova capacitação aos facilitadores. De 2012 à 2017 foram treinadas 07 turmas, com média de 15 participantes em cada turma, totalizando 70 pessoas treinadas e 10 recolocadas no mercado de trabalho.

A importância do Time do Emprego no CRATOD

No decorrer desses anos, no atendimento aos pacientes do CRATOD, através dos PTS (Projetos Terapêuticos Singulares), pudemos observar que a maioria dos usuários do serviço tem uma profissão/ocupação ou alguma habilidade profissional (formal ou informal). Identificamos pessoas com vínculos empregatícios, porém a maioria estava desempregada e uma minoria afastada de suas funções laborativas (auxílio doença ou licença saúde) devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas. Entre esses, havia, um número significativo de servidores públicos estaduais ou municipais.

Diante dessa realidade percebemos que resgatar os vínculos com o trabalho é muito difícil, no contexto da dependência química, mas importante para o processo de reabilitação psicossocial da pessoa. O fato de considerarmos os participantes do “time” como cidadãos e não apenas pacientes da instituição, contribui para o aumento da autoestima, confiança, desestigmatização e quebra de estereótipos.

O treinamento do Time do Emprego contribui para o Projeto Terapêutico Singular (PTS) do paciente, não só com relação à manutenção da abstinência da droga, mas como projeto de vida em geral, possibilitando a ampliação de repertório e reinserção social. A “oficina” Time do Empre-

go é destinada aos pacientes do CRATOD que se encontram na segunda fase do tratamento, ou seja, são acolhidos, por pelo menos seis semanas no tratamento e com profissional de referência (PR). Esse profissional tem como responsabilidade monitorar junto com o paciente o seu PTS.

O Time do Emprego pode ser considerado uma extensão das oficinas terapêuticas: Cidadania e Treinamento de Habilidades Sociais, com foco voltado ao tema trabalho. Contribui, desta maneira, com o empoderamento social (conscientização dos direitos e deveres sociais e civis), no qual o compromisso individual é fundamental. Tal condição é trabalhada desde a importância da frequência nos encontros, cuidados com o material didático, regras de convívio social, trabalho em equipe, até os aspectos de qualidade de vida. O Time do Emprego oferece também um espaço para troca de informações e experiências a respeito de emprego ou ocupação. Para isso, são utilizados recursos áudio-visuais, dinâmicas de grupo, exercícios de fixação através de leitura e escrita, dramatizações de situações do cotidiano referente à busca por empregos (como se preparar para um processo seletivo e/ou uma entrevista).

Das pessoas treinadas, seguem dois exemplos de participantes que foram recolocados no mercado de trabalho. No entanto, não se trata apenas de realocação no mercado de trabalho, trata-se de reconhecimento de autonomia e de valorização do trabalho na vida. Trata-se das novas potencialidades abertas a partir da reorganização que o trabalho traz na vida.

Usuário C.A.S.

C.A.S., 51 anos, desempregado, profissão vigilante, ensino médio completo, em situação de rua, vivendo em centro de acolhida social (albergue) e usuário de múltiplas drogas. Iniciou tratamento no CRATOD em janeiro de 2016, com a saúde geral prejudicada (hérnia

abdominal, D.S.T., ausência de dentes e complicações hepáticas) o que contribuía para baixa autoestima. Inscreveu-se no Time do Emprego em abril de 2016 e nesse período iniciou tratamento odontológico (colocou prótese dentária) e clínico-cirúrgico (realizou a cirurgia de hérnia). Ao término do treinamento o paciente conseguiu realizar o desejo de retornar ao mercado de trabalho como vigilante em um C.E.U. (Centro de Educação Unificado) alugou uma casa próximo ao trabalho, na zona sul e reatou relacionamento com a ex-companheira.

Usuário F.G.S.

F.G.S., 32 anos, desempregado, profissão ajudante geral, solteiro, ensino médio completo, em situação de rua, vivendo em centro de acolhida social (albergue) e usuário de múltiplas drogas. Portador de deficiência visual, demonstrava dificuldades de relacionamento social (isolamento) e dificuldades na leitura/escrita. Iniciou tratamento no CRATOD em novembro de 2014, passando por avaliações clínicas. Inscreveu-se no Time do Emprego em agosto de 2015 e concomitantemente aos cuidados de sua saúde, foi identificada, na avaliação oftalmológica, a deficiência visual, com prescrição e aquisição de óculos, o que também o motivou a continuar no treinamento do “time”. Foi selecionado para trabalhar na rede Pão de Açúcar, retomou vínculo familiar, saiu do centro de acolhida social e atualmente paga aluguel de um quarto na região central de São Paulo.

Considerações ampliadas sobre o uso do instrumento “Time do Emprego”

O Time do Emprego permite ao participante “buscar além”, instigando-o a querer

mais e a continuar, seja na procura por um emprego ou na realização de um projeto de vida mais amplo. Traz uma metodologia que contribui para a auto-reflexão e a auto-conscientização e, para, a partir dessa nova condição, o participante ser capaz de buscar mudanças em sua realidade de vida. A Oficina Time do Emprego também possibilita o exercício da construção de uma cidadania plena, através de uma postura crítica, comprometida e responsável frente aos desafios impostos pela sociedade atual (exigências do mercado de trabalho).

O “time” é um espaço de participação, de troca de conhecimentos e experiências que visam a superação de dificuldades/limites pessoais e/ou sociais. Possibilita acesso a conhecimentos básicos, porém fundamentais, para a recolocação no mercado de trabalho. Através dessa oficina observou-se as dificuldades mais usuais dos participantes, desde a falta de documentação pessoal atualizada, de endereço fixo (a maioria em situação de rua ou em albergues), do auto-cuidado, no geral prejudicado, (higiene pessoal, vestuário óculos, etc.) e pendências na justiça. Durante o desenvolvimento da oficina, identificou-se baixa adesão dos participantes, considerando a particularidade do contexto biopsicossocial no qual estão inseridos, comportamento esperado diante da vulnerabilidade social e da alta complexidade da condição de dependência química.

Vale ressaltar que a maioria das pessoas que foram treinadas através do Time do Emprego regularizou os seus documentos pessoais, encaminhou suas pendências judiciais, e se matriculou em escolas regulares para complementarem os estudos (C.I.E.J.A ou E.J.A.). Tais informações indicam que ao organizar-se para refletir sobre o trabalho e seu papel, os usuários podem vislumbrar novas possibilidades em diferentes esferas de suas vidas.

OFICINA DE FUXICO E OFICINA DE TRABALHO.

Introdução.

A oficina de fuxico é uma oficina de artesanato, que teve seu início em abril de 2003. Recebeu este nome devido à prática desta técnica e pela facilidade de encontrar retalhos sem custo, pelo fato do CRATOD situar-se no bairro do Bom Retiro, conhecido pelas confecções de vestuário. Com o passar do tempo, novos funcionários e usuários foram fazendo parte da oficina e trazendo novas técnicas de artesanato como o “amarradinho” ou o “nozinho”, tear de pregos, ponto cruz, crochê, tricô, cestaria, entre outros.

A oficina é destinada a todos os que se interessam pelo artesanato e apresentam condições de realizar uma atividade motora fina. Tem como objetivo associar o processo individual à temática da criatividade e então se afirmar enquanto sujeito/cidadão.

Durante a atividade, equipe e usuários sentam-se ao redor de uma mesa para realizar o trabalho, mantendo o contato visual. São chamados por seu nome ou apelido carinhoso, escolhido pelo próprio usuário, fato que gera estranheza pois os usuários estão acostumados com o apelido dado nas ruas.

O profissional exerce várias funções, não apenas ensina a técnica que os pacientes deseja aprender, como também é mediador de diálogos e conflitos, visto que muitos deles são moradores de rua ou de albergues há muitos anos, e o convívio nesses locais muitas vezes é tumultuado. A oficina proporciona um momento de concentração, silêncio, segurança, onde o usuário pode fazer seu artesanato e pensar em situações da vida, seja passado, presente ou futuro. Em alguns momentos eles permanecem

em silêncio, pensando, em outros falam sobre experiências vividas ou sobre assuntos atuais.

Em 2004, foi aberta a Associação Vida Ativa (AVA), que teve como objetivos principais a comercialização dos produtos da oficina e a busca de parcerias. Seu corpo diretivo era composto por pacientes e funcionários, sendo que o primeiro cargo era exercido por um paciente e o segundo por um profissional, devido ao grande número de abandonos por parte dos pacientes. Sendo assim, sempre havia alguém para exercer os cargos de presidente, secretário, tesoureiro e fiscais.

A princípio poderiam participar da AVA pacientes, funcionários, familiares de pacientes e até a população que se interessasse, porém tivemos pouca ou quase nenhuma participação de familiares ou da população em geral. Durante todo o período em que a associação estava ativa, os funcionários que, coincidentemente, eram os mesmos que coordenavam as oficinas de fuxico e papel reciclado, incentivavam o empoderamento dos pacientes frente à associação, tomada de decisões, responsabilidade para com as feiras de artesanato, onde tinham que lidar com os produtos dos colegas, negociação de encomendas e, principalmente, cuidado com o dinheiro do caixa, que em algumas ocasiões, foi gasto para uso próprio, fato que, posteriormente, teve que ser pauta de reunião. Tal reunião era realizada uma vez por semana com duração de uma hora, após a oficina de fuxico, no próprio ateliê no CRATOD, onde se discutia sobre a participação nas feiras, suas taxas, vendas, ganhos, comissões, taxas a pagar para a prefeitura, parcerias, como se comportar diante de clientes entre outras temáticas associadas à renda e gerenciamento financeiro.

Em 2008 a Associação Minha Rua Minha Casa, um projeto da fundação Getúlio Vargas, ofereceu um espaço para ser a sede da associa-

ção. Seria um grande passo para a independência e o crescimento, porém o medo de uma nova empreitada onde todos os gastos (luz, água, telefone, IPTU) teriam que ser custeados pela AVA, fez com que os membros desistissem, pois a confecção de produtos era em baixa escala e muitos não tinham intenção de ganhar dinheiro com o artesanato. A AVA se sustentava com a porcentagem das vendas dos produtos sendo que 10% era destinado ao caixa da associação.

Em 2014 a AVA foi fechada pois o membro que a fundara havia deixado o CRATOD para trabalhar em outra instituição e também houve um desinteresse dos pacientes e funcionários em assumi-la. Como as confecções e as feiras continuavam acontecendo, foi necessário procurar uma nova maneira de comercialização desses produtos de forma legal. Após contato com CAPS Itapeva, propôs-se abrir a oficina de trabalho, que segundo a portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 do ministério da saúde, incentiva a iniciativa de geração de renda e trabalho em instituições de tratamento. O trabalho deve seguir o modelo da RAPS (rede de atenção psicossocial), neste, o trabalho deve ser coletivo, respeitando as particularidades de cada participante e a divisão de lucros feita de acordo com a carga horária. A oficina de fuxico tornou-se apenas terapêutica, enquanto a oficina de trabalho se encaixa no modelo de economia solidária, onde não há um patrão, todos tem o mesmo poder de decisão. Este modelo pode causar muitos melindres entre os participantes: o que um já começou, o outro não quer terminar. Assim, de tempos em tempos, é necessário repactuar os princípios da oficina de trabalho, assim como trabalhar a comunicação, a colaboração e a cooperatividade.

Hoje, a oficina de trabalho funciona confeccionando produtos para venda em feiras, bazares e encomendas. Os produtos comercializados são divididos entre a oficina que recebe 30% para o capital de giro e 70%

é dividido entre os participantes. A maior dificuldade encontrada está em dividir o trabalho de forma coletiva, ou seja, de forma que todos participem do processo de confecção e empoderamento das responsabilidades das feiras, sendo que cabe aos funcionários, por enquanto, fazer o cálculo de divisão de lucros, escala para as feiras, sugerir a confecção de produtos de forma que a venda seja mais garantida.

Durante o tempo em que a AVA esteve ativa, importantes parcerias se formaram. Podemos destacar a parceria com o Conjunto Nacional que, além das feiras, oferece, aos participantes da oficina, o trabalho na oficina de Natal, onde são confeccionados os enfeites que são usados na fachada do conjunto durante o período de Natal.

O maior objetivo dos profissionais envolvidos na oficina de trabalho é que os participantes tenham o desejo de crescer, melhorar, de querer tomar para si a responsabilidade do trabalho ou de um projeto de vida melhor.

Relato de Caso

D.S., 40 anos. Entra atrasado na oficina de fuxico, parece irritado e apreensivo, mostra o cartão do serviço e pergunta se está no lugar certo dizendo: “eu lá sou homem de fazer fuxico?” Foi informado tratar-se de uma oficina de artesanato e que o fuxico é apenas uma das técnicas trabalhadas.

Diz que não consegue ficar parado, que em 5 anos passou por mais de 30 empresas (comprovando com documentos e carteira de trabalho), mas que sempre perde a paciência e sai ou é desligado por desavenças, normalmente com o chefe. O profissional ouve a história e diz que ele pode apenas observar, se assim preferir.

Depois de algum tempo se interessa pelo macramê, mostra-se bastante habilidoso e aprende rápido a técnica. Presenteia uma amiga que fez na ambiência com a pulseira que confeccionou. Passou a vir semanalmente e faz pulseiras para presentear outras pessoas. Conclui dizendo que entende por que foi encaminhado para este grupo: “nele eu consigo parar”.

Referências Bibliográficas

1. Amorim S, Bilotta F. Jung e saúde – Temas contemporâneos. São Paulo: Paco editorial; 2014. p. 289-299
2. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C, Sttoco MI (Coord). A psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 1994.
4. Rodrigues RC, Marinho TPC, Amorim P. Reforma Psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. *Ciência Saúde Col* 2010; 15(1) : 1615-25
5. Bürke KP, Bianchessi DLC. O trabalho como possibilidade de (re)inserção social do usuário de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da equipe e do usuário. *Estudos e Pesquisas em Psicologia* 2013; 13(3) : 957-76
6. SERT, Secretaria do Emprego e Relações do Trabalho. Programa Time do Emprego. Disponível em: <http://www.timedoemprego.sp.gov.br>. Acesso em 12.06.2017.
7. Freire, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 43. ed São Paulo: Paz e Terra, 2011.
8. Freire, P. Pedagogia do Oprimido. 42. ed. Rio de Janeiro; Paz e Terra, 2005.

C A P Í T U L O

38

A Educação promovendo a reinserção social
de dependentes químicos

Ariadne Ribeiro
Ana Leonor Sala Alonso
Sonia Maria Palma

Saúde, Desenvolvimento Social e Educação – Forças Complementares.

Segundo o conceito de 1947 da Organização Mundial da Saúde (OMS), com ampla divulgação e conhecimento em nossa área, a saúde é definida como: “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.”

A doença não é mais que um construto que guarda relação com o sofrimento, com o mal, mas não lhe corresponde integralmente.

Quadros clínicos semelhantes, ou seja, com os mesmos parâmetros biológicos, prognóstico e implicações para o tratamento, podem afetar pessoas diferentes de forma distinta, resultando em diferentes manifestações de sintomas e desconforto, com comprometimento diferenciado de suas habilidades de atuar em sociedade (Evans e Stoddart, 1990).

De acordo com as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial, na Educação Básica, no que diz respeito à classe hospitalar no artigo 13 da resolução 2 de 2001, essa modalidade já é reconhecida oficialmente. A pedagogia hospitalar é um modo de ensino da Educação Especial que visa a ação do educador no ambiente hospitalar, no qual atende crianças com necessidades educativas especiais transitórias, ou seja, crianças que, por motivo de doença, precisam de atendimento escolar diferenciado e especializado. Cabe ao hospital buscar alternativas e métodos qualificados que possibilitem aos pacientes usufruir de abordagens educativas por um determinado espaço de tempo

Com base nesses conceitos de saúde e principalmente, nos determinantes sociais de saúde, um olhar sobre a Pedagogia do Oprimido de Paulo Freire nos remete aos principais determinantes sociais de saúde, e aos ambien-

tes que mais carecem de humanização. Existe uma demanda de reconhecimento do usuário em relação a suas características e modos de consumo, a busca de novas estratégias de contato e vínculo com ele e seus familiares, para pautar os programas de prevenção, educação, tratamento e promoção, de modo a adaptá-los às diferentes necessidades.

A complexidade da dependência química e suas consequências sociais, geralmente impactam na escolaridade dos pacientes, mas anteriormente a isso, a relação do dependente químico com as instituições de ensino contextualiza geralmente o desejo de pertencimento, a identificação dos pares e o desenvolvimento da autoestima, da experimentação de drogas no ambiente escolar até que isso motivou propriamente sua evasão escolar.

Os pacientes que passaram pelo CRA-TOD entre o período de Abril e Maio de 2015 tinham essas características sociais.

Um aspecto importante do tratamento da dependência química se pauta no princípio da cidadania. É a garantia dos direitos civis, sociais e políticos do cidadão, só que as atividades ilícitas praticadas por dependentes químicos podem ser um fator impedidor da vivência plena de sua cidadania.

Constitui-se em um desafio, promover a reestruturação de princípios éticos, que promoverão o desenvolvimento do dependente químico enquanto cidadão. Estimular a reflexão de uma fase crucial em sua mudança de vida é proporcionar a esse indivíduo um novo horizonte capaz de inseri-lo na classe trabalhadora, e promover seu desenvolvimento, através da educação.

A educação passa a ser, então, a maneira como o indivíduo vai driblar os desafios sociais de uma vida de sucessivas perdas e, principalmente, de exclusão e falta de oportunidades. O discurso que outrora fomentava seu estilo de

vida, mas que o deixava em risco constante, passa a não ter mais sentido, quando a educação e a valorização do trabalho conseguem atingir o autoreconhecimento e a autovalorização.

Outro aspecto diz respeito à progressão do uso. O uso compulsivo da substância, a priorização do seu consumo desconsiderando os danos que causa e em desempenho de outros interesses pessoais, sociais ou profissionais (perda de controle).

Segundo as pesquisas já realizadas na população em tratamento no CRATOD, a maior parte dos pacientes (52%) cursaram o ensino fundamental. Isso denota que questões sociais ou mesmo a dependência removeram o usuário do curso normal de vida pela própria progressão da doença.

Observa-se que instituições como a escola possuem um papel fundamental como fatores de proteção, embora também se apresentem como fatores de risco se exercerem influências que levem ao consumo de drogas.

Da mesma maneira que a escola pode ter papel fundamental na prevenção

à experimentação e o consumo inicial da droga, é importante usar a educação para ampliar o repertório do dependente químico em reabilitação.

Neste sentido, é importante considerar o que se diz sobre fatores de risco e proteção.

Fatores de risco são aquelas circunstâncias sociais e/ou pessoais que a tornam as pessoas vulneráveis a assumir comportamentos arriscados, como usar drogas.

Fatores de proteção são aqueles que contrabalançam as vulnerabilidades, tornando a pessoa menos exposta de assumir esses comportamentos.

A seguir, apresentamos algumas tabelas com os fatores de proteção e de risco como contraponto, para compreendermos melhor o objetivo de um grupo que permita o cuidado humanizado dedicado principalmente a construir uma rede de proteção que amplie o repertório do usuário em reabilitação, sem contudo, desconsiderar os riscos que envolvem os cenários sociais com os quais o paciente em reabilitação terá que enfrentar.

FATORES INDIVIDUAIS DE PROTEÇÃO	DE RISCO
Habilidades Sociais	Insegurança
Cooperação	Insatisfação com a vida
Habilidades para resolver Problemas	Sintomas depressivos
Vínculos positivos com pessoas, instituições e valores	Curiosidade
Auto-estima desenvolvida	Menos Valia
Autonomia	Busca de prazer

Referencia 1*

FATORES FAMILIARES DE PROTEÇÃO	DE RISCO
Pais que acompanham as atividades dos filhos	Pais que fazem uso de drogas
Estabelecimento de regras claras de conduta	Pais que sofrem de doenças mentais
Envolvimento afetivo com a vida dos filhos	Pais excessivamente autoritários ou muito exigentes
Respeito aos ritos familiares	Estabelecimento claro da hierarquia familiar

Referencia 1*

FATORES ESCOLARES DE PROTEÇÃO	DE RISCO
Bom desempenho escolar	Baixo desempenho escolar
Boa inserção e adaptação no ambiente escolar	Falta de regras claras
Ligações fortes com a escola	Baixas expectativas em relação á educação escolar
Oportunidades de participação e decisão	Exclusão Social
Vínculos afetivos com professores e com colegas	Ausência de vínculos com pessoas ou com a aprendizagem
Realização pessoal	Perda de perspectivas
Possibilidade de desafios e expansão da mente	Perspectivas voltadas para ganhos ilícitos ou de ludibriar
Prazer em aprender	Outros prazeres em detrimento dos estudos
Descoberta de projeto de vida	Perda de sentido na vida

Referencia 1*

FATORES SOCIAIS DE PROTEÇÃO	DE RISCO
Respeito às leis locais	Violência
Credibilidade da mídia	Desvalorização das autoridades sociais
Oportunidade de trabalho e lazer	Falta de recursos para prevenção e atendimento
Consciência comunitária e mobilização social	Crime organizado como projeto de carreira

O Pedagogo no Papel Não Escolar

O primeiro registro sobre práticas educativas voltadas para enfermos data de 1935, na França, com as práticas de Henri Sellier, que serviram de modelo para a Alemanha, para toda a Europa e os Estados Unidos. Tinha

o objetivo de suprir as dificuldades escolares de crianças tuberculosas. Também auxiliou muito na segunda guerra mundial, quando muitas crianças sofriam maus tratos, atingidas por armamentos ou mesmo mutilações, o que as impediam de frequentar a escola. Em 1939 é Criado o C.N.E.F.E.I. - Centro Nacio-

nal de Estudos e de Formação para a Infância Inadaptada de Suresnes - tendo como objetivo a formação de professores para o trabalho em institutos especiais e em hospitais. Em 1939 é criado o Cargo de Professor Hospitalar junto ao Ministério da Educação na França. O C.N.E.F.E.I. que tem como missão, até hoje, mostrar que a escola não é um espaço fechado.

As diretrizes fundamentadoras do modelo de CAPS AD, segundo o Ministério da Saúde, portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002, preconizam a presença de um pedagogo na equipe técnica, mas pouca ou nenhuma informação pauta o trabalho de um pedagogo em ambiente de tratamento ambulatorial da dependência química. Há somente a exigência que deva ser um profissional de nível superior, apto para projeto terapêutico dos pacientes.

A formação desse profissional também deve ser diferenciada. Ao trabalhar com pessoas que sofrem de enfermidades, a recorrência às teorias sobre psicopedagogia, educação inclusiva e saúde é a base para o trabalho pedagógico que engloba o bem-estar físico, psíquico, emocional e psicossocial. O profissional pedagogo que atue em ambiente de saúde, deve saber que o seu público alvo é o ser humano e que sua prática influencia diretamente no tratamento de seus educandos.

Conhecimentos sobre saúde e aspectos psicológicos são de primordial importância para profissionais desse ramo, sendo os ideais de humanização e ética seus principais norteadores. O pedagogo deverá trabalhar com uma equipe de outra área, o que exigirá um olhar multidisciplinar. Ter conhecimento mínimo sobre linguagem técnica e sobre o modo de tratamento das enfermidades ajuda o pedagogo a ser um fator positivo, junto à equipe.

O fator motivação muda a realidade do caso e pode trazer benefícios. Exercitar a mente, realizar tarefas desafiadoras e estimulantes

pode ajudar os pacientes a mudar o foco de seus pensamentos. A droga é deixada de lado e o que importa, durante os momentos com o pedagogo, é aprender.

O ambiente de saúde, como o CAPS pode ter como principal objetivo o desenvolvimento da autonomia desses pacientes, por isso, o papel da pedagogia no processo de recuperação dos dependentes químicos, constitui-se principalmente em prepará-los para o ambiente escolar fora do CAPS. O benefício observado pelos pacientes, é principalmente, o da reinserção social, através da educação, permitindo que o processo de desenvolvimento da cidadania, seja compartilhado em espaços para além das paredes do CAPS.

O Grupo de Educação Social

A partir do PTS (Projeto Terapêutico Singular) que as mini-equipes e o profissional de referência tenham criado, é importante garantir o planejamento de novas estratégias para a reinserção social que englobem a educação do indivíduo, no sentido mais amplo da palavra.

O estudo de caso é o estudo de um caso, seja ele simples e/ou específico, [...] O caso é sempre bem delimitado, [...] se destaca por se constituir numa unidade dentro de um sistema mais amplo. O interesse, portanto, incide naquilo que ele tem de único, de particular, mesmo que posteriormente venham a ficar evidentes certas semelhanças com outros casos ou situações (LUDKE e ANDRÉ, 2010, p.17).

A educação existe também onde não há a escola e por toda parte pode haver redes e estruturas sociais de transferência de saber de uma geração a outra, onde ainda não foi sequer criada a sombra de algum modelo de ensino formal e centralizado (BRANDÃO, 2005, p.13).

É importante articular entre as escolas de ensino formal e técnico da região a reinserção desses pacientes em ambiente escolar formal e de ensino técnico-profissionalizante.

Articular a educação, em seu sentido mais amplo, com os processos de formação dos indivíduos como cidadãos, ou articular a escola com a comunidade educativa de um território, é um sonho, uma utopia, mas também uma urgência e uma demanda da sociedade atual (GOHN, 2010, p.15).

A educação informal corresponderia a ações e influências exercidas pelo meio, pelo ambiente sociocultural, que se desenvolvem por meio das relações dos indivíduos com seu meio ambiente humano, social, ecológico, físico e cultural, de onde resultam conhecimentos, experiências, práticas, que não estão ligadas especificamente a uma instituição, nem são intencionais e organizadas. Educação Não-formal seria a realizada em instituições educativas fora dos marcos institucionais, mas com certo grau de sistematização e estruturação. A Educação Formal compreenderia instâncias de formação, escolares ou não, onde há objetivos educativos explícitos e uma ação intencional institucionalizada, estruturada, sistemática (LIBÂNEO, 2009, p. 31).

Trabalhar com os pacientes os conhecimentos empíricos e sua influência dentro de seu processo de aprendizagem formal, para que sua inserção no ensino formal seja realizada com um suporte educacional informal que permita essa transição de maneira mais segura e confortável para o paciente.

A educação não formal, ao contrário, não é herdada, é adquirida. Ela capacita os indivíduos a se tornarem cidadãos do mundo, no mundo. Sua finalidade é abrir janelas de conhecimento sobre o mundo que circunda os indivíduos e suas relações sociais (GOHN, 2010, p.19).

O que ocorre é que a educação não formal, por situar-se fora do sistema de ensino regido, desfruta de uma série de características que facilitam certas tendências metodológicas. O fato de não ter de seguir nenhum currículo padronizado e imposto, as poucas normas legais e administrativas que recaem sobre ela (calendário escolar, titulação dos docentes etc.), seu caráter não obrigatório, e por aí fora, tudo isso facilita a possibilidade de métodos e estruturas organizacionais muito mais abertos (e, geralmente, mais flexíveis, participativos e adaptáveis aos usuários concretos e às necessidades específicas) que aqueles que costumam imperar no sistema educacional formal (TRILLA, 2008, p. 42).

Acreditamos que processos e práticas educativas, desenvolvidas no interior das escolas, articuladas com redes de pertencimentos territoriais locais, contribuam para a integração e a formação daqueles pacientes, vistos a priori como insubordinados e problemáticos. Sua rebeldia deve ter causas: socioeconômicas, psicológicas ou geradas pela falta de laços culturais de pertencimento. Não se trata de desajustes de personalidades. São problemas que a sociedade atual e as políticas existentes geraram (GOHN, 2010, p.24).

Método para o alcance dos objetivos propostos, trabalhar em grupo os eixos transversais:

- **DOMÍNIO SOCIOCULTURAL:** tem como áreas de conhecimento as manifestações do espírito humano expresso por meio dos sentidos, tais como as artes, a cultura, a música, a dança e o esporte. A intervenção neste domínio tem por objetivo a recuperação de suas dimensões históricas, culturais e políticas.
- **DOMÍNIO SOCIOPEDAGÓGICO:** Tem como área de conhecimento a infância, a adolescência, a juventude e a terceira idade. A intervenção sociopedagógica neste do-

mínio tem como objetivo principal o desenvolvimento de habilidades e competências sociais que permitam às pessoas a ruptura e a superação das condições de marginalidade, violência e pobreza que caracterizam sua exclusão social. Por suas características são lugares de intervenção sociopedagógica os abrigos, as unidades de internação de adolescentes autores de atos infracionais, asilos para idosos, instituições psiquiátricas e unidades prisionais, mas também considera a rua, a família e a empresa.

- **DOMÍNIO SOCIOPOLÍTICO:** tem como áreas de conhecimento os processos sociais e políticos expressos, por exemplo, na forma de participação, protagonismo, associativismo, cooperativismo, empreendedorismo, geração de renda e gestão social. Tem como objetivo o desenvolvimento de habilidades e competências para qualificar a participação na vida social política e econômica da sociedade onde o sujeito está inserido.

A pedagogia social privilegia, como eixo central, a descoberta dos matizes da matriz cultural dos sujeitos, de forma a delinear seus princípios pedagógicos, o mais próximo da realidade do(a) educando(a), através da dialogicidade, considerando o seu saber, sua experiência, sua história, seus conflitos, seus sonhos, seus valores e crenças e aproveitando a oportunidade educativa para interpretar

o mundo humanamente construído com elementos essenciais da cultura universal (GRACIANI, 2006, p.13).

Os CAPS representam estruturas terapêuticas, intermediárias, entre a hospitalização integral e o acompanhamento ambulatorial, que se responsabilizam por atender indivíduos com transtornos psiquiátricos graves, desenvolvendo programas de reabilitação psicossocial. Entende-se por reabilitação psicossocial a possibilidade de reverter um processo de desabilitação, por conta do aumento da contratualidade social do indivíduo com o mundo. [...] A atenção incluirá ações dirigidas aos familiares e comprometidas com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e princípios de cidadania, que minimizem o estigma e promovam a melhor qualidade de vida e inclusão social possíveis (BRASIL, 2013, p.1).

Considere-se que as novas Diretrizes da Pedagogia indicam uma formação mais geral do educador e valorizam espaços educacionais que vão além da escola. Neste documento, estão implícitas as ideias de uma formação e uma atuação pedagógica que integre conceitos como: o pensar, o refletir, o agir, o transformar, o articular, direcionar e coordenar. Estes aspectos envolvem um universo de conhecimentos e de ações (PAULA e MACHADO, 2008, p.6).

Referências Bibliográficas

1. Ribeiro M, Laranjeira R e colaboradores. O tratamento do usuário de Crack. 2ed. Porto Alegre- Artmed-2012.p(495-501);
2. Albertani MB, Scivoletto S, Zemel MLS. Prevenção do uso indevido de drogas:fatores de risco e fatores de proteção. In: Curso de capacitação Atualização de conhecimento sobre redução da demanda de drogas. Secretaria Nacional Antidrogas, UFSC, 2004. p. 63-86.

3. Freire P. *Pedagogia da Indignação: cartas pedagógicas e outros escritos*. São Paulo, Editora UNESP, 2000.
4. Freire P. *A Pedagogia do Oprimido*, 17ª edição, Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra, 1987 – F934p
5. 4. Ministério da Saúde, Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html Secretaria da Saúde.
6. Lopes EH. *Pedagogia Hospitalar: A humanização da educação*, 2010

C A P Í T U L O

39

O modelo “Casa de Passagem”

Kelly Couto
Paulo Leandro
Raquel Cleide Mota Carvalho

O acesso ao CRATOD é realizado por meio de triagem/acolhimento, que se caracterizam como sendo o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde. Nesse atendimento inicial é entendida a demanda do usuário, e posteriormente realizados os encaminhamentos necessários. O usuário pode ser encaminhado para iniciar tratamento ambulatorial no CAPS AD CRATOD ou em outro CAPS AD (considerando o território e local de moradia do usuário), o atendido pode ser admitido na observação do CRATOD; ou encaminhado para internações hospitalares de curta duração (para desintoxicação) e mesmo pelo acolhimento em comunidades terapêuticas.

Um número significativo dos usuários atendidos no acolhimento do CRATOD está em situação de rua e vive na região central da cidade de São Paulo. De acordo com o Censo da população em situação de rua da cidade de São Paulo realizado no ano de 2015, há atualmente 15.905 pessoas em situação de rua, sendo que o maior número, cerca de 3.864 está localizada na região Central da capital paulista, vinculada à Subprefeitura da Sé (1).

É importante destacar, que essa mesma pesquisa realizada e divulgada pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas e Prefeitura de São Paulo no ano de 2015, destaca que das 15.905 pessoas em situação de rua, apenas 8.570 acessam os Centros de Acolhida, ou seja, 7.335 pessoas vivem literalmente “na rua”.

Considerando o fato de que a situação de rua agrava a condição de vulnerabilidade e o uso problemático de substâncias psicoativas, em especial o crack, em 2015 o governo do Estado, por meio da Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social (SEDS) firmou convênio com a Organização Social Instituto Mensageiros, para implantação da Casa de Passagem especializada em atender pessoas

com histórico de uso de substâncias psicoativas e em situação de rua. (2,3).

Inaugurada no início de 2015, a Casa de Passagem se propôs a atuar fornecendo acolhimento humanizado, estimulando a socialização através de atividades coletivas e sociais, promovendo ações que garantiam a integridade física e mental do indivíduo em situação de rua. O serviço realizou o acolhimento emergencial e transitório para homens com idade superior aos 18 anos, usuários de substâncias psicoativas que se encontravam em situação de rua ou com vínculos familiares fragilizados, procurando conscientizar os atendidos da importância da reconstrução e/ou fortalecimento de novos projetos de vida, que possibilitassem sua reinserção no mercado de trabalho, na rede formal de ensino e na comunidade, a retomada de sua autonomia pessoal e financeira, procurando promover atividades de reinserção social, articulando-as com programas culturais, educacionais e profissionalizantes.

Para desenvolver o trabalho com os acolhidos na Casa de Passagem, contou com uma equipe multiprofissional composta por Assistente Social, Psicólogo, orientadores, coordenação, auxiliar administrativo e operacional.

Entre os objetivos propostos pela Casa de Passagem estavam o acolhimento, a prevenção do agravamento de situações de negligência, violência, a possibilidade de convivência comunitária, promoção de acesso à rede socioassistencial, assim como, o desencadeamento do processo de saída das ruas e a promoção do retorno familiar e comunitário, a partir da construção de processos de continuidade ao tratamento de saúde e a diminuição dos impactos gerados pelo uso problemático de substâncias psicoativas. (2,3).

O convênio firmado com o Instituto Mensageiros previa a duração de 12 meses e

a instituição encerrou as atividades na Casa de Passagem no final de dezembro de 2015. (2,3).

Em 15 de setembro de 2016, a Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo, firmou novo convênio, desta vez com a Organização Social Casa de Isabel Centro de Apoio à Mulher, à Criança e ao Adolescente Vítimas de Violência Doméstica e Situação de Risco, e a organização assumiu a administração do equipamento de retaguarda do Programa Recomeço que atende usuários de substâncias psicoativas, que vivem em situação de rua e vulnerabilidade social, por 12 meses. (4).

Encaminhamentos

No período de 02/02/2015 a 22/12/2015 a Casa de Passagem acolheu 384 pessoas. Destas 384 pessoas acolhidas, 12% eram egressos de internações hospitalares cujo objetivo foi a desintoxicação. Cerca de 62% dos casos encaminhados para a Casa de Passagem o foram logo após a participação dos usuários em grupos de acolhimento realizados no CAPS AD CRATOD.

Após um período de 30 dias de acolhimento na Casa de Passagem os usuários eram desligados do serviço. Vale destacar que 47% dos casos foram encaminhados para comunidades terapêuticas, 19% para centros de acolhida e 35% solicitaram desligamento.

Já na atual gestão do serviço, desde a inauguração em 23 de Março até o dia 02 de junho de 2017, a Casa de Passagem recebeu 81 acolhidos, 80 oriundos do CRATOD, sendo que, destes, 39 já são pacientes acompanhados pelo CAPS-CRATOD ou iniciaram e/ou retomaram o acompanhamento no serviço, após saírem do acolhimento social das Comunidades Terapêuticas e breve desintoxicação Hospitalar. Os outros 41 chegaram na casa de passagem para aguardar a saída para as Comunidades Terapêuticas, 35 foram encaminhados

para Comunidades Terapêuticas, 3 solicitaram desligamento e 3 evadiram.

Casa de Passagem como retaguarda social.

Pinho *et al* (2008), notam em suas pesquisas que o suporte social parece influenciar na motivação e nos resultados do tratamento para pessoas dependentes de drogas. Booth *et al*, (1992) *apud* Pinho *et al* (2008), sugerem a existência de influências externas como potencializadoras da auto-confiança dos indivíduos, auxiliando-os na superação do uso problemático de álcool (5).

A permanência na instituição de passagem pode não garantir a adesão do usuário ao tratamento, mas os números mostram que o acolhimento contribuiu para eles estivessem presentes neste serviço de saúde. Fleeman, (1997) *apud* Pinho *et al* (2008), afirma que há grandes evidências que o suporte social auxilia e efetiva o tratamento ambulatorial. Lau-de *et al.*, (2004) *apud* Pinho *et al* (2008), complementa afirmando que o suporte social no tratamento do uso de drogas é especialmente importante nos estágios iniciais do tratamento, porque, nessa fase, o usuário possui maior probabilidade de ter sentimentos ambivalentes no que se refere a interromper o consumo de substâncias psicoativas (5).

Pinho *et al* (2008), refere que diversos estudos apontam que o suporte social no tratamento dos transtornos decorrentes ao uso de drogas pode auxiliar os usuários na melhora das relações interpessoais e isso pode auxiliar no estabelecimento e manutenção da abstinência. Esse conceito se aproxima da noção de reabilitação psicossocial como estratégia na promoção da autonomia e da reinserção social dos indivíduos. (5). Desta forma, a Casa de Passagem como suporte social, se aproxima da noção de reabilitação psicossocial, tal

como vista pelo autor, pois possibilita o retorno à convivência comunitária, a oferta de um ambiente e uma rotina estruturada, similar à de uma residência convencional, que difere em muitos aspectos da estrutura comumente ofertada em centros de acolhida.

Ao falar da necessidade de criação de novos espaços que forneçam a possibilidade de identificação, Olivienstein (2012) refere-se a uma “rede terapêutica” em um espaço transicional onde o indivíduo possa experimentar novas formas de existir (6). Neste contexto, pode-se considerar o acolhimento na Casa de Passagem e o trabalho realizado no CAPS AD como instituições que proporcionam esse espaço.

É importante destacar que grande parte dos pacientes que são encaminhados para a Casa de Passagem retornam para o CRATOD com um feedback positivo do serviço, alguns relatam que não possuem mais o desejo de serem encaminhados para a Comunidade Terapêutica, que seria mais interessante permanecer 6 meses na Casa de passagem. Os pacientes que já estão inseridos no CAPS-CRATOD, comentam que gostariam de permanecer por um período superior aos 30 dias. É importante ter a clareza de que nenhum serviço, isoladamente, conseguirá realizar ações emancipatórias a ponto de garantir todos acessos a bens e serviços, especialmente se considerarmos o curto espaço de tempo e a alta complexidade de grande parte dos casos que são acompa-

nhados no CRATOD, mas a partir dos depoimentos espontâneos dos usuários é notório que estrutura e o tipo de acompanhamento oferecido pela Casa de Passagem devolve e/ou empresta aquele “gostinho” de viver como um cidadão comum, detentor, empoderado e desejoso de exercer tal papel, tendo uma rotina similar à da maioria das pessoas, podendo reviver experiências que muitos deles há tempos não possuíam, como por exemplo, realizar atividades de lazer, como participar de um churrasco com os amigos, sem utilizar a droga como estratégia para descontração ou recurso que auxilie na socialização.

A Casa de Passagem, em parceria com o CRATOD, certamente colherá muitos frutos positivos, uma vez que oferta um espaço que estimula e oferece suporte para o resgate dos anseios de pessoas que há tempos perderam as esperanças de iniciar uma nova perspectiva de vida. A reabilitação psicossocial pode possibilitar aos indivíduos o controle sobre seu corpo e vida, devolvendo a noção de cidadania, deixando entrever que o mesmo é capaz de ter acesso a um salário digno para promover a própria vida, ao direito a educação, à saúde, à habitação, ao lazer, assim como a ter responsabilidades pela garantia dos direitos da coletividade, afastando de si a visão estereotipada do “marginal” “viciado”, “zumbi” que não possui a capacidade de escolha e tão pouco a de ocupar seu lugar como cidadão.

Referências Bibliográficas

1. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE. Censo da população em situação de rua da cidade de São Paulo, 2013 resultados. Secretaria de assistência e desenvolvimento social-SMADS/ Prefeitura de São Paulo. Paulo. 2015. Disponível em < <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/>

- upload/assistencia_social/observatorio_social/2015/censo/FIPE_smads_CENSO_2015_coletivafinal.pdf> Acesso em: 30 jun. 2017.
2. Instituto Mensageiros. Casa de passagem especializada em pessoas com histórico de uso de substâncias psicoativas em situação de rua. São Paulo, 2015.
 3. Instituto Mensageiros. Relatório diário de acolhimento-Casa de Passagem. São Paulo, 2015.
 4. Secretaria de Desenvolvimento Social. SP inaugura primeira Casa de Passagem. São Paulo, 2017. Disponível em: < <http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/lenoticia.php?id=3321> > Acesso em: 29 mar. 2017.
 5. Pinho P, Hayasi MA, Oliveira AMM. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível?..Revista de Psiquiatria Clínica 35.suppl 1 82-88, 2008.
 6. Olievenstein C. Aspectos psicodinâmicos do desenvolvimento do toxicômano. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 3, n. 1, p. 35-42, 2012. Disponível em: <<https://revistaptp.unb.br/index.php/ptp/article/view/1260/303>> Acesso em: 18 jan. 2016.

CAPÍTULO

40

A Experiência da Moradia Monitorada

Cláudio Jerônimo da Silva,
Dhione do Carmo,
Hannelore Pereira Speierl;
Renata Rigacci Abdalla;
Marcelo Ribeiro

Introdução

O tratamento da dependência química é um desafio, particularmente para os usuários de crack em alta vulnerabilidade social que vivem na maior concentração de uso na rua, no centro de São Paulo, região conhecida como cracolândia (1)

Um dos desafios inerentes à recuperação é manter o paciente em tratamento e oferecer-lhe oportunidade de reinserção social, com moradia, reaproximação da família (quando este é desejo do paciente), restabelecimento dos vínculos sociais, oportunidade de reciclagem profissional e reinserção no mercado de trabalho. Para atender a esse desafio, o Programa Recomeço, baseado em algumas experiências internacionais (2 e 3), criou a Moradia Monitorada (MM)- um tipo de Serviço que oferece moradia e tratamento para pessoas dependentes de crack em alta vulnerabilidade social, sem suporte social, que almejam a abstinência, que estejam numa fase final do processo de recuperação (já tendo passado pela desintoxicação ambulatorial ou em regime de internação) e estejam vinculados ao tratamento ambulatorial no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS.

A MM é um espaço livre de drogas, com foco, especificamente, no tratamento (visando a manutenção da abstinência) e na reinserção social. São 36 camas (3 camas por quarto) sendo 12 para mulheres e 24 para homens, distribuídas em três andares (2 para homens e 1 para mulheres) localizados na Unidade Recomeço Helvétia (URH), no centro da cidade aberta de uso de crack, na cidade de São Paulo. Utilizando-se de princípios dos Centros Comunitários de Recuperação (4) a MM visa proporcionar espaço para recuperação, para socialização, organizando e desenvolvendo uma cultura de recuperação para conectar es-

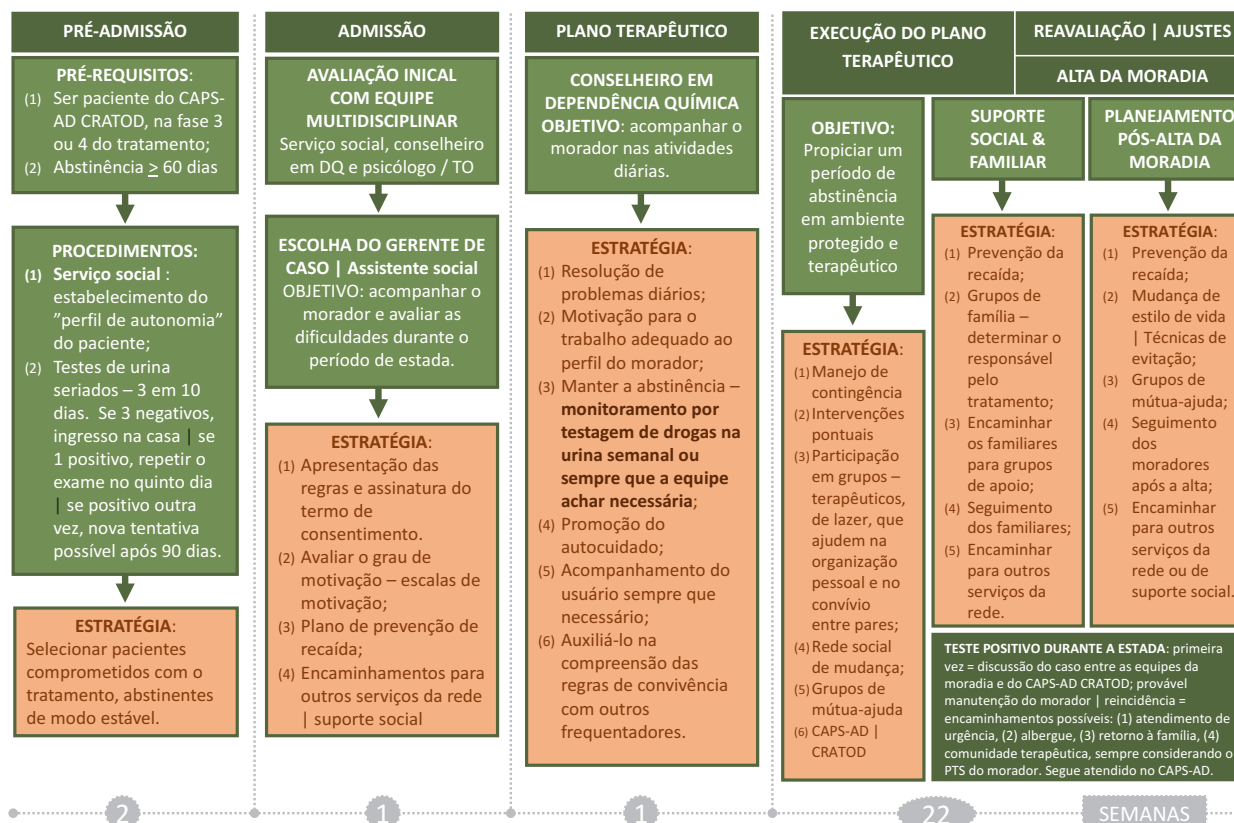
ses indivíduos de volta à comunidade e às suas culturas de origem (5). Recentes estudos internacionais demonstraram a eficácia deste tipo de Serviço (6, 7)

Os objetivos da Moradia Monitorada- Unidade Recomeço Helvétia - são:

- Garantir a proteção integral para dependentes químicos em alta vulnerabilidade social, que possuam algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que já tenham passado pelo processo de desintoxicação ou estejam passando por uma situação iminente de recaída, na vigência de um tratamento ambulatorial.
- Garantir espaços que assegurem canais de participação, respeito às opiniões e às decisões individual-coletivas;
- Possibilitar o (re) estabelecimento de vínculos familiares;
- Desenvolver capacidades para autocuidado, construir projetos de vida e alcançar a autonomia;
- Garantir a oferta de atividades semanais programadas para os usuários, com foco no estímulo ao desenvolvimento e à construção de um projeto de vida autônomo, tais como reuniões administrativas, grupos terapêuticos, prevenção de recaída, treinamento de habilidades sociais, atividades educacionais, culturais, sociais e de lazer;
- Estimular o desenvolvimento de ações que possibilitem a construção de um projeto de vida autônomo, de forma sustentável;
- Garantir capacitações profissionais e a articulação com o mercado do trabalho.
- Assegurar endereço institucional de referência;
- Possibilitar vivências pautadas no respeito a si e ao próximo, fundamentadas em princípios éticos de justiça e cidadania;

Linha de Cuidado da Moradia Monitorada

A linha de cuidados para os pacientes da Moradia, com o processo de avaliação, segue os passos descritos no fluxo abaixo:



Fluxograma 1: Linha de cuidados para pacientes dependentes químicos em alta vulnerabilidade social, em fase de reinserção social na Moradia Monitorada da URH

O contrato de tratamento na Moradia Monitorada inclui alguns acordos previamente estabelecidos: tempo de permanência previamente estimado que pode variar de seis meses a um ano; compromisso de manutenção do tratamento no Centro de Atenção Psicossocial; apresentação de teste de drogas (urina) periodicamente, tendo como objetivo estimular a abstinência. Nos casos de apresentação de teste positivo (lapsos ou recaídas) o tratamento é intensificado, por exemplo, através de acompanhamento terapêutico em situações de alto risco para uso de droga (pelos conselheiros),

acompanhamento ao CAPS, medicação assistida, ou retorno para a fase de desintoxicação entre outras estratégias;

O prédio tem acesso livre aos seus moradores, 24 horas. O prédio conta com segurança e portaria 24 horas por dia.

Equipe profissional

A equipe de atendimento da Moradia Monitorada bem como cada profissional têm como respectivas funções:

1. Conselheiros em Dependência Química: um conselheiro em Dependência Química fica permanentemente (24 horas por dia) em cada andar da Moradia. As funções dos conselheiros são: oferecer ajuda para os moradores na organização cotidiana da Moradia, solucionando conflitos e estimulando a parceria e o convívio em grupo; oferecer ajuda ativa no cumprimento da agenda individual de tratamento (se necessário, ele pode acompanhar o paciente até o CAPS ou até outros Serviços); acionar equipe de suporte em casos de emergência ou na resolução de problemas atípicos.

2. Assistente social: Um profissional assiste a todos os pacientes da moradia. O papel do assistente social consiste em: identificar as necessidades individuais de tratamento e de reinserção; recrutar recursos no CAPS e outros equipamentos de saúde e social para atendimento das necessidades individuais de tratamento e reinserção social (utilizando-se da técnica de Gerenciamento de Caso); coordenar as ações dos conselheiros;

3. Psicólogo: Um profissional atende a todos os moradores com foco principalmente em treinamento de habilidades sociais. O paciente conta ainda com o psicólogo que o atende no CAPS – CRATOD.

4. Enfermagem: Não há necessidade de equipe de enfermagem específica para a moradia, uma vez que o morador conta com equipe multidisciplinar no CAPS – CRATOD. Entretanto, a equipe de enfermagem da Enfermaria - URH realiza o teste de urina para detecção de drogas e fica de retaguarda.

5. Médicos: não é necessário médico especificamente para a moradia. Os médicos da enfermaria da URH dão suporte para emergên-

cias, e o paciente conta com o seu médico de referência no CAPS CRATOD, onde realiza acompanhamento.

6. Suporte administrativo: A moradia monitorada também é assistida pelas mesmas equipes de segurança, limpeza, nutrição e manutenção que atendem a Enfermaria e o Centro de Convivência. No entanto, os moradores são responsáveis e estimulados a manter o ambiente organizado, limpo e se alternam nas tarefas do cotidiano. O café da manhã e o jantar é servido na URH, mas as moradias são equipadas com uma cozinha que pode ser utilizada para refeições extras e particulares. O almoço é servido no CAPS AD.

Resultados

Nos primeiros onze meses, passaram pela MM 69 moradores. 51% deles permaneciam na MM ou foram reinseridos no trabalho, com independência para se manter. 49% deles apresentaram algum lapso ou recaída no uso de droga. Destes, 47%, entretanto, permaneceram no Programa Recomeço em outro equipamento de saúde de desintoxicação (internação) ou social, de maior controle (comunidade terapêutica) .

Considerações finais

O processo de recuperação do usuário de crack em alta vulnerabilidade social é um desafio, e cursa com altas taxas de recaídas. Esse processo precisa incluir ações que implicam além da abordagem, aproximação ao serviço de saúde, inserção e manutenção no tratamento. Fazem-se necessários Serviços que promovam o engajamento do usuário em

uma nova cultura de recuperação, em oposição à cultura do uso, e que ofereçam ajuda ativa no processo de reinserção social, incluindo o mercado de trabalho. A Moradia Monitorada, utilizando de técnicas consagradas na literatura como gerenciamento de caso, reforço comunitário, exames de urina, tem se mostrado eficaz em promover melhores resultados

e diminuir a taxa de recaída quando comparada com tratamento usual (8, 9, 10). A MM – URH, utilizando-se das diretrizes e protocolos baseados nessas evidências, mostrou, nos primeiros onze meses de funcionamento, resultados promissores, provendo adesão ao processo de recuperação, abstinência e reinserção social.

Referências Bibliográficas

1. Ribeiro M, Duailibi S, Frajzinger R, Alonso AL, Marchetti L, Williams AV, et al. The Brazilian “Cracolândia” open drug scene and the challenge of implementing a comprehensive and effective drug policy. *Addiction*. 2015/10/27. 2016;111(1360–0443 (Electronic)):571–3.
2. Polcin DL, Korcha R, Bond J, Galloway G. Eighteen Month Outcomes for Clients Receiving Combined Outpatient Treatment and Sober Living Houses. *J Subst Use*. 2010 Jan;15(5):352–66.
3. Gossop M, Green L, Phillips G, Bradley B. Lapse, relapse and survival among opiate addicts after treatment. A prospective follow-up study. *Br J Psychiatry*. 1989 Mar;154:348–53.
4. White WA, Kurtz E. *Linking Addiction Treatment and Communities of Recovery: A Primer for Addiction Counselors, Recovery Coaches and the Recovery Community*. Pittsburgh, PA: Institute for Research, Education and Training in Addictions; 2006.
5. Davidson L, Andres-Hyman R, Bedregal L, Tondora J, Fry J, Kirk TA. From double trouble to dual recovery: Integrating models of recovery in addiction and mental health. *Journal of Dual Diagnosis*. 2008;9(1):273–290.
6. European Association for the Treatment of Addiction (EATA). *Models of residential rehabilitation for drug and alcohol misusers*. Natl Treat Agency Subst Misuse. 2006;
7. Laranjeira R, Elbreder M, Ribeiro M. Moradia assistida para dependentes químicos. In: *O tratamento do Usuário de crack, avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica, e de risco*. 2010. p. 337–42.
8. Larimer ME, Malone DK, Garner MD, Atkins DC, Burlingham B, Lonczak HS, et al. Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *JAMA*. 2009 Apr;301(13):1349–57.
9. Milby JB, Schumacher JE, Wallace D, Freedman MJ, Vuchinich RE. To house or not to house: the effects of providing housing to homeless substance abusers in treatment. *Am J Public Health*. 2005 Jul;95(7):1259–65.
10. Jason LA, Olson BD, Ferrari JR, Lo Sasso AT. Communal housing settings enhance substance abuse recovery. *Am J Public Health*. 2006 Oct;96(10):1727–9.

C A P Í T U L O

41

A Articulação do CRATOD no contexto da
RAPS com serviços não governamentais
(AA, NA, Amor Exigente e Faces & Vozes)

Raquel Cleide Mota Carvalho

Luiz Gustavo Vala Zoldan

Ariadne Ribeiro

Elaine Camarini

Alexandre Araújo

Marcelo Ribeiro

A RAPS tem como objetivo fomentar a implementação de novo modelo de atenção em saúde mental com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

A RAPS, em sua organização, deve possibilitar o provimento contínuo e integral de ações de atenção à saúde mental para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde.

Compondo a RAPS SP estão distribuídos entre as Coordenadorias Regionais de Saúdes 84 CAPS, sendo que destes, 26 são CAPS AD, 25 infantis e 2 infanto-juvenis, dos quais 11 tem funcionamento 24 horas, com leitos de acolhimento noturno com CAPS III (1).

A proposta do Governo do Estado para que os modelos de tratamento pudessem ser ampliados e articulados aos serviços sócio-assistenciais implicou a criação o Programa Recomeço que, além das ações de articulação com a Rede, também conta com o apoio de instituições e associações sem fins lucrativos que têm o propósito de auxiliar os dependentes de drogas(2).

GRUPOS DE MÚTUA-AJUDA - Apesar de não estarem vinculados, ou fazerem parte da rede formal de atenção do Programa Recomeço, os grupos de mútua-ajuda, Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos e o Grupo de Amor Exigente oferecem apoio e orientação de qualidade e de forma gratuita. Além disso, estão presentes em boa parte das cidades paulistas. Constituem, assim, um recurso de valor inestimável que pode ser utilizados durante todo o processo de recuperação, e um complemento eficiente ao tratamento ambulatorial cientificamente comprovado (1).

AA – Alcoólicos Anônimos

Alcoólicos Anônimos é uma irmandade mundial de homens e mulheres que se ajudam mutuamente a permanecerem sóbrios. Eles oferecem a mesma ajuda a qualquer um que tenha um problema com a bebida e queira parar de beber. Por serem todos alcoólicos, eles têm uma compreensão mútua especial. Sabem como essa doença os atinge – e aprenderam a se recuperar do alcoolismo dentro dos princípios de AA

Os membros de AA dizem que hoje são alcoólicos – mesmo que não bebam há anos. Eles não dizem que estão “curados”. O alcoolismo é, para o AA, uma doença física, mental e espiritual, progressiva, incurável e de término fatal. Uma vez que a pessoa tenha perdido a possibilidade de controlar a bebida, nunca mais é possível beber controladamente – ou, em outras palavras, ela nunca poderá tornar-se um “antigo alcoólico” ou um “ex-alcoólico”. Mas, em AA, ela pode tornar-se um alcoólico sóbrio, um alcoólico em recuperação.

Os números que aparecem, a seguir, baseiam-se no relatório da 62ª Conferência de Serviços Gerais, realizada em New York, entre os dias 22 e 27 de abril de 2012, divulgado no Box 4-5-9 do Verão de 2012. A Irmandade funciona através de mais de 114.070 Grupos locais em, aproximadamente, 180 países, incluindo 60 países que têm Escritório de Serviços Gerais Autônomos. Milhões de alcoólicos têm alcançado a sobriedade em AA, mas seus membros reconhecem que seu programa não é sempre eficaz com todos os alcoólicos e que alguns necessitam de aconselhamento e tratamento profissional.

AA preocupa-se, unicamente, com a recuperação pessoal e contínua dos alcoólicos que procuram socorro na Irmandade. O movimento não se dedica a pesquisas sobre alco-

olismo ou ao tratamento médico ou psiquiátrico, e não apoia quaisquer causas - embora os membros de AA possam participar como indivíduos. O movimento adotou a política de “cooperação, mas não filiação” com outras organizações que se dedicam ao problema do alcoolismo. Alcoólicos Anônimos é autossuficiente, através de seus membros e Grupos, recusando contribuições de fontes externas. Os membros de AA preservam seu anonimato pessoal em nível de imprensa, filmes, rádio, TV, internet e outros meios de comunicação.

A unidade básica em AA é o grupo local (do bairro ou cidade) que é autônomo, salvo em assuntos que afetem outros grupos de AA ou a Irmandade como um todo. Nenhum grupo tem poder sobre seus membros. Os grupos, geralmente, são democráticos, assistidos por “comitês de serviços” de curtos períodos de mandato. Desta maneira, nenhum grupo de AA tem uma liderança permanente, pois o importante é a rotatividade no serviço.

Cada grupo realiza reuniões regulares, nas quais os membros relatam entre si suas experiências, forças e esperanças em seu processo de recuperação seguindo aos sugeridos “DOZE PASSOS” e às “DOZE TRADIÇÕES” sugeridas para as relações dentro da Irmandade e com a comunidade de fora. Existem reuniões abertas para qualquer pessoa interessada e reuniões fechadas somente para alcoólicos.

Para ser membro de AA basta o desejo de parar de beber. Homens e mulheres provenientes de todos os níveis sociais, desde adolescentes até pessoas com idade avançada, de todas as raças, de todos os tipos de filiações religiosas ou mesmo sem filiação religiosa nenhuma. Os membros de AA ajudam qualquer alcoólico que demonstre interesse em ficar sóbrio e solicite ajuda. Os membros de AA têm satisfação em compartilhar suas experiências com qualquer

pessoa interessada, seja em conversações ou em reuniões formais.

NA – Narcóticos Anônimos

NA é uma irmandade mundial ativa em mais de 131 países e com mais de 58.000 reuniões semanais no mundo. Qualquer pessoa, independente de raça, crença, orientação sexual, identidade de gênero, cultura, idade ou situação financeira pode participar dessas reuniões que são totalmente gratuitas.

É definida como uma irmandade ou sociedade sem fins lucrativos, de homens e mulheres para quem as drogas se tornaram um problema maior. Formada por dependentes em recuperação, que se reúnem regularmente para ajudar uns aos outros a se manterem limpos.

Baseia-se em no mesmo programa de princípios de AA chamado 12 passos, que podem ser acompanhados na vida cotidiana dos membros. Não existe nenhum tipo de filiação a nenhuma outra organização, não tem taxas de matrícula e não recebe auxílios ou subsídios governamentais. Não está filiada a nenhum grupo político ou religioso e não está sob vigilância.

O programa de princípios espirituais da NA baseia-se em uma jornada que permite uma autodescoberta e, ao compartilhar sua experiência com outros dependentes químicos em recuperação seus membros ajudam-se mutuamente. O programa é de abstinência de todas as drogas, e o único requisito para pertencer a irmandade de NA é o desejo de parar de usar drogas.

O propósito de NA, criada em 1953, era proporcionar um ambiente de recuperação aos adictos que não sentiam a identificação necessária para a recuperação frequentando os grupos de AA. Sendo assim, com a ajuda de alguns

membros de AA, que tinham essa empatia pelos adictos que acreditavam no programa de 12 passos, formaram os primeiros grupos de NA que nos últimos 60 anos tem crescido exponencialmente e permitido a centenas de milhares de dependentes ao redor do planeta se tornarem livres da adicção, um dia de cada vez.

Só por hoje.

Amor Exigente (AE)

Amor exigente é um programa baseado em 12 princípios que se referem um a cada mês do ano, e propõe à família de um dependente químico a sensibilização para que faça mudanças na sua conduta pessoal, familiar e frente à sociedade

Através de grupos de mútua ajuda, apoia e orienta os familiares de dependentes químicos ou aqueles que possuem comportamentos inadequados.

Geralmente as reuniões são de duas horas de duração, sendo que no primeiro horário, existe o momento da espiritualidade e depois explica-se o princípio relativo ao mês vigente dividido da seguinte forma:

- 1º semana – O princípio e eu
- 2º semana - O princípio e a família
- 3º semana – O princípio e a sociedade
- 4º semana – O princípio ético

No segundo horário, os familiares se dividem em subgrupos, onde partilharão suas vivências, êxitos e dificuldades de acordo com o princípio apresentado.

Cada subgrupo conta com dois mediadores (coordenadores) que se posicionarão sempre de acordo com o princípio apresentado.

A espiritualidade também ganha espaço no trabalho que acontece, de forma iti-

nerante, em escolas, Igrejas, ou em locais em que os pais estejam participando dos Cursos os Grupos de Prevenção com AE.

O Programa traz a música, a dança, o teatro, a literatura para formar o pano de fundo para ensinamentos que promovem uma nova forma de viver baseada em valores morais, éticos, na qualidade de vida, na alegria e no amor.

Motivados a apoiar pessoas mais velhas com a “síndrome do ninho vazio” ou com o desafio de cuidar dos netos enquanto os pais trabalham e/ou estudam, o AE ativou os subgrupos de “Sempre é Tempo”. Com a mesma programação – abertura de 40 minutos no Grupo e 80 minutos no Subgrupo, para metas e partilhas, o trabalho é norteado pelos 12 Princípios Básicos, 12 Princípios Éticos e a Espiritualidade, visando ajudar quem deseja ficar cada dia melhor.

O Amor-Exigente tem também: Grupos para jovens, além de cursos de capacitação para familiares, professores, e profissionais da saúde.

Seu mentor é o Padre Haroldo Rahm que trouxe as ideias do Tough Love para o Brasil, e dona Mara Menezes o adaptou à realidade brasileira.

Faces e Vozes da Recuperação no Brasil

Faces & Vozes foi fundado em 2001, em St. Paull, Minnesota, depois de um trabalho de mais de 02 anos, cujo foco foi uma força de “defesa” crescente, entre pessoas em Recuperação, a longo prazo, de sua adicção de álcool e outras drogas.

Desde então o movimento da Recuperação da adicção explodiu nos Estados Unidos e ao redor do mundo.

Em 2011, Faces & Vozes dos Estados Unidos, ao celebrar o seu 10º aniversário, já contava

com mais de 25 mil membros individuais e em organizações, tomando a primeira de uma série de posições de políticas públicas a favor da defesa da Recuperação na Justiça Criminal, contra a discriminação, e procurando saber de que forma a defesa da Recuperação pode fortalecer uma efetiva mudança.

Faces e Vozes da Recuperação é a principal organização de apoio à recuperação das pessoas que usam de álcool e outras drogas. Promove políticas que se baseiam em ciência, compaixão, saúde e direitos humanos.

Os apoiadores são indivíduos que acreditam que, eliminando o estigma e a discriminação e eliminando as barreiras à recuperação, mais pessoas poderão ter vidas saudáveis na recuperação a longo prazo. Buscam ferramentas que reduzam a discriminação e achem soluções que promovam o acesso ao tratamento e à recuperação, além de serviços de apoio necessários para viver uma vida em recuperação. Trabalham para garantir que as políticas federais e estaduais reflitam a esperança e a resiliência encontradas em comunidades de recuperação, trabalhando para ajudar os outros através de uma abordagem abrangente para resolver a crise da dependência química.

Objetivos do Movimento:

- Retratar o alcoolismo e a adicção como problemas para os quais existem soluções de recuperação variadas e viáveis
- Fornecer exemplos vivos que ilustrem a diversidade dessas soluções de recuperação
- Combater qualquer tentativa pública de desumanizar, objetivar e demonizar aqueles com problemas relacionados ao álcool e outras drogas
- Intensificar a variedade, disponibilidade e qualidade no tratamento regional/local e dos serviços de apoio à recuperação
- Remover barreiras ambientais para a re-

cuperação, incluindo a promoção de leis e políticas sociais que reduzam os problemas relacionados ao álcool e outras drogas.

As seguintes ideias norteiam o movimento:

- A recuperação da adicção é uma realidade
- Há muitos caminhos para a recuperação
- A recuperação floresce em comunidades de apoio
- A recuperação é um processo voluntário
- Pessoas em recuperação e recuperadas são parte da solução: a recuperação devolve o que a dependência química tomou.

Atividades Principais que constituem o coração desse novo movimento de recuperação :

- A recuperação precisa de avaliação (identificando obstáculos à recuperação; avaliando as estruturas existentes de tratamento/apoio à recuperação; identificando os serviços de apoio necessários à recuperação)
- Educação para a Recuperação (leiga e profissional)
- Desenvolvimento de recursos (filantropia, angariação de fundos, assistência à redação de solicitações de auxílio financeiro; recrutamento voluntário; participação em estruturas de planejamento/ avaliação do serviço)
- Mobilização de recursos para a Recuperação (organizando a comunidade; operando/apoiando serviços de referência e informação centralizados; servindo como defensores do cliente)
- Política de Defesa (defesa federal, estadual e política local quanto à legislação, regulação, programação e financiamento)

- Celebração da recuperação (reforçando a identidade e a coesão da comunidade de recuperação; tornando visível a recuperação na comunidade; colocando faces humanas em recuperação via grandes meios de comunicação)
- Pesquisa (apoiando um programa de pesquisa de recuperação).

O movimento foi apresentado ao Brasil pelo Sr Ben Bass, quando de um simpósio Internacional de Alcoólicos Anônimos em 2014.

Em 26 de Março de 2015 esse movimento foi legalmente instituído no Brasil numa cerimônia que contou com aproximadamente 150 pessoas entre simpatizantes, autoridades e pessoas públicas, realizada na Câmara Municipal do Estado de São Paulo.

Sua fundação é um marco do movimento brasileiro da luta contra o estigma, preconceito e a segregação das pessoas que buscam superar o uso do álcool e outras drogas, independente do modelo de tratamento que as tenha levado ao caminho da Recuperação.

“Nós somos mães e pais, filhos e filhas, irmãos e irmãs, maridos e esposas e amigos de pessoas que recuperaram sua saúde e vivem livres da dependência química. Ao nos organizarmos e levantarmos juntos as nossas vozes, nós apoiamos e damos esperança para aqueles que ainda lutam com a dependência química e para aqueles que já encontraram o poder da Recuperação Avançada.”

Faces & Vozes

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015 -acesso em 10/06/2017.
2. 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 / Supervisão Técnica e Científica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte – SENAD. Responsáveis Técnicos Lísia Von Diemen, Silvia Chwartzmann Halpern e Flavio Pechansky - UFRGS. – Brasília : SENAD; 2012.
3. Dados extraídos de www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=204204 – acesso em 10/06/2017.
4. White W. Let’s Go Make Some History: Chronicles of the New Addition Recovery Advocacy Movement Paperback – 2006
5. White W. Slaying the dragon : the history of addiction treatment and recovery in America – 2014bwhite@chestnut.orgfacesandvoicesofrecovery.org
6. NHS Information Centre. *Adult Psychiatric Morbidity in England, 2007: results of a household survey*. London, UK: NHS;2009.

C A P Í T U L O

42

O Programa Recomeço Família: a importância
do contato familiar e dos vínculos afetivos

Romina Miranda
Gilmar Barros

História

Enquanto o Programa Recomeço celebra seu primeiro ano de atividades, surgiam os primeiros resultados do LENAD Família – I (Levantamento Nacional com familiares de Dependentes Químicos). De acordo com o estudo, as experiências cotidianas vividas pela família com usuários de drogas são devastadoras nos aspectos físico, financeiro, de relações interpessoais e pessoais. O impacto também se dá na perspectiva subjetiva, causando sentimentos negativos como tensão, estresse, preocupação, estigma, raiva e culpa, entre outros. A exposição a estas experiências muitas vezes se manifesta na forma de sintomas físicos e psicológicos nos familiares mais próximos, tornando-os uma população vulnerável e com a necessidade de atenção e cuidados específicos. (1)

Neste contexto, em fevereiro de 2014, por meio da parceria entre as Secretarias de Saúde e Justiça e Defesa da Cidadania, nasceu o Recomeço Família, ação do Programa Recomeço para orientar e tratar os familiares de dependentes químicos. Simultaneamente foram implantadas 13 equipes, sendo 11 nas unidades Leste, Oeste, Norte, Sul, Francisco Morato, Feitiço da Vila, Ferraz de Vasconcelos, Casa da Cidadania, Guarulhos, Campinas e Jundiaí dos CICs- Centros de Integração e Cidadania, equipamentos da Secretaria de Justiça e Defesa da Cidadania. As outras duas unidades foram implantadas no CRATOD e na Unidade Recomeço Helvetia, ao lado da Cracolândia. Em 2015, os serviços da Unidade Casa da Cidadania foram transferidos para a recém-inaugurada unidade Grajaú. Cada equipe é formada por dois profissionais: um conselheiro de família em dependência química e um técnico, psicólogo ou assistente social.

Metodologia

A partir da teoria familiar sistêmica, compreende-se que a família é um sistema aberto, que sofre influências do meio, assim como o influencia. Quando há existência do uso e abuso de álcool e outras drogas, que gera intenso estresse, verifica-se que todo o sistema familiar é afetado pelas consequências deste fenômeno, devido à intersecção entre os subsistemas com os quais o usuário interage, a exemplo do tráfico, da justiça, da saúde e da família. Neste contexto, a dependência química pode ser entendida como sintoma da família, em que o doente não é apenas o paciente identificado, mas todo o sistema familiar. Assim, a família busca ajuda para o familiar adicto sem, contudo, modificar suas relações. Com isso, o sujeito sintomático parece ficar refém de uma família que resiste a mudanças. Assim, o envolvimento da família no tratamento tem sido apontado como preditor de sucesso terapêutico da dependência química. Tratar a disfuncionalidade familiar pode constituir-se em um fator de proteção ao uso de drogas e prevenção à recaída. (2)

Sob este olhar, surge o primeiro desafio do Recomeço Família: buscar a adesão da família ao tratamento, evidenciando a sua importância no sucesso do tratamento. Assim, estrutura-se o primeiro momento do atendimento familiar do programa: o *Acolhimento com Escuta Qualificada*.

Por meio da postura empática, o profissional intitulado “Conselheiro de Família em Dependência Química” deverá acolher a queixa, oferecer a escuta, orientar sobre a demanda, realizar possíveis encaminhamentos para os equipamentos das redes de serviços correlatos, e elucidar a família sobre a importância de sua adesão ao programa como fator de proteção ao tratamento de seu ente

usuário. Para isto, estes conselheiros recebem capacitação continuada, promovida pela coordenação técnica.

Após o acolhimento, o familiar é encaminhado para a primeira sessão individual com o técnico da equipe, psicólogo ou assistente social. Após a análise das impressões registradas pelo conselheiro, o técnico realizará a proposta terapêutica para o familiar, que poderá contemplar até 10 sessões individuais com terapia breve e/ou grupos operativos, psicoterapêuticos e eventuais oficinas.

Nas sessões individuais conduzidas pelo técnico, os temas abordados na terapia breve incluem conceitos sobre dependência química, tipos de drogas e de tratamentos, leis vigentes, estágios motivacionais, prevenção à recaída, funcionamento do sistema familiar, conceitos sobre codependência, identificação e manejo de sentimentos, padrões e habilidades de comunicação, enfrentamento de situações de risco e resolução de problemas, plano de ação e qualidade de vida. Durante estas sessões, o técnico deve motivar os familiares a participar dos grupos operativos, que através de recursos psicoeducacionais, também abordam os temas acima propostos, porém contemplando outros benefícios que a metodologia de grupos proporciona como a identificação com os outros familiares presentes e a vivência do pertencimento a um grupo que o acolhe.

Ao final das 10 sessões individuais ou do programa de grupos, momento em que se espera que o familiar esteja preparado para observar o impacto sobre si e a necessidade da busca de qualidade de vida, ele é convidado a participar dos grupos de família. Estes grupos utilizam abordagens diversas para acolher as demandas trazidas pelos participantes e proporcionam discussões sobre temas correlatos à codependên-

cia, ao impacto sofrido pela família devido à convivência com o dependente químico, objetivando a qualidade de vida do sistema familiar. Habitualmente estes grupos trazem como temas: sentimentos vivenciados – raiva, culpa, medo, controle, tristeza, ansiedade, angústia, dificuldades de impor limites, afastamento de si, desligamento emocional, autoestima, filhos das relações dependentes, problemas financeiros, abuso verbal e emocional e outras dependências. Em ocasiões pré-definidas, estes grupos de família podem receber também os entes usuários em processo de recuperação para abordagens sistêmicas, focando na reorganização dos papéis e na construção de novos padrões de comunicação e de interação.

Outra tecnologia que está disponível para os técnicos do Recomeço Família aplicarem em situações em que os entes usuários não querem tratamento é o modelo CRAFT - COMMUNITY REINFORCEMENT AND FAMILY TRAINING. Baseado em evidências científicas, o método tem como bases teóricas as estratégias motivacionais, a análise funcional do comportamento de quem usa drogas, o treinamento em habilidades de comunicação, o treinamento na prática de reforço positivo e o treinamento de autorreforço para o familiar.

Além da metodologia exposta, outras ações fazem parte dos estímulos à família. Periodicamente, as equipes promovem oficinas com especialistas em arteterapia, musicoterapia e áreas afins como atividades complementares para promoção da interação entre os usuários, seus familiares e a comunidade. Celebrações de aniversários, de datas comemorativas e eventos comunitários também fazem parte do cotidiano do Recomeço Família.

Simultaneamente ao trabalho que realizam com as famílias atendidas, as equipes

têm outras importantes funções em ações que são ofertadas com frequência: o estímulo constante à rede de serviços e as sensibilizações no entorno do posto.

Com a rede de serviços, a equipe precisa criar e manter vínculos para garantir a eficácia nos encaminhamentos. Incluem-se nesta rede os equipamentos da Saúde, da Assistência Social, da Educação, Justiça e Defesa da Cidadania, Trabalho, Cultura, Esportes e Lazer, além das ONGs, Lideranças Comunitárias, Religiosas e Grupos de Apoio. Para isso, além das visitas locais, são realizadas capacitações para os funcionários dos equipamentos, contemplando a temática 'Família e Drogas', as ações itinerantes - grupos ou atendimentos individuais realizados pelas equipes nestes locais - e a já consolidada reunião de rede conduzida pelo Recomeço Família, intitulada 'Tecendo Redes de Cuidados Familiares'. Tais reuniões, realizadas bimestralmente em todas as unidades, têm como objetivos a manutenção dos vínculos com os parceiros, a criação de fluxos funcionais e a disseminação de conhecimentos correlatos, promovendo palestras com profissionais diversos.

Já, as sensibilizações no entorno das unidades têm como objetivo acessar as famílias que não têm conhecimento sobre a maneira como estão impactadas pelo uso do ente dependente químico que, por sua vez, ainda não acessou a rede de serviços de saúde para tratamento. Estas ações acontecem nos mais diversos espaços que reúnem famílias: as Igrejas, as escolas, as reuniões de moradia, os momentos de acesso a outros serviços, nas atividades do bairro.

Atualmente, com três anos e meio de atuação – de fevereiro de 2014 a maio de 2017 – 91.564 pessoas foram sensibilizadas pelo Recomeço Família, 35.066 receberam atendimento e 4.302 grupos e palestras foram realizados.

Especificidades do Recomeço Família no CRATOD/Helvetia

Geralmente o familiar que se dirige com o seu ente a serviços de pronto atendimento como o CRATOD tem sua atenção focada em buscar solução urgente para o usuário de drogas. A expectativa é de encontrar um meio de "libertar" o dependente de sua condição.

Dado que a dependência de substâncias ainda é um campo novo de estudo, o que consequentemente resulta em pouca compreensão por parte da população, a codependência é um fenômeno mais recente, na abordagem acadêmica, e menos compreendida por profissionais e leigos.

Tal qual o dependente de drogas traz em sua característica a negação da dependência, no familiar há resistência quanto à compreensão de que ele esteja correlacionado ao problema. Desse modo o processo de negação é multiplicado muitas vezes, quando comparado ao do dependente. Não é raro que o familiar ao receber a oferta de cuidado de saúde, proteste dizendo que não tem problema, mas sim um dependente de drogas.

Assim, o trabalho inicial é de tornar claro ao familiar o quanto ele tem sido transformado em função da cronicidade do problema de seu ente. Ao relatar a evolução da dependência, o familiar narra o seu sofrimento de maneira imperceptível. As noites em claro, o medo da violência do tráfico, a instabilidade emocional do dependente em situações de intoxicação ou fissura, a ansiedade diante do toque do telefone, a violência doméstica psicológica ou física, o medo da perda, dentre outros fatores são histórias contadas que denunciam o adoecimento da família, quando no convívio com este problema. Em muitos casos crônicos, principalmente de uso do crack, acontece do dependente furtar a família no intuito de com-

prar a substância, resultando em forte crise dos vínculos familiares. (1,8)

Além do comportamento “retroalimentativo” da dependência de drogas, ou seja, o aspecto relacional, codependente, o familiar, ao deparar-se com a tensão vivida, pode desencadear transtornos mentais. Assim, o sofrimento e instabilidade resultam em grande incidência de transtornos psiquiátricos, retroalimentados pelo quadro dependente.

Destarte, no atendimento objetiva-se elucidar a condição não somente do dependente, mas de todo o sistema da família, no intuito de que o familiar se envolva no processo de tratamento, não somente no sentido de se ver como apoiador, mas também e, sobretudo, de se ver como sujeito que necessita de intervenções de saúde.

Geralmente, nos serviços de tratamento ao dependente, são oferecidas aos familiares informações sobre o problema de seu ente, (2) aborda-se a prevenção de recaída, ação das substâncias no organismo, rede de tratamento, medicações, além de outros assuntos (3,4,5,6)

Entretanto há dificuldade para que eles sejam tratados como parte do problema da dependência. De modo diferente do modelo de tratamento com que o familiar costuma ser

convocado para garantir a abstinência do seu ente, no modelo Recomeço Família o cuidado contempla a família, uma vez que existe o entendimento que o tratamento centrado somente no usuário é insuficiente para lidar com o fenômeno. (7,9)

No CRATOD, e principalmente na Unidade Helvetia, há grande procura de familiares de dependentes de drogas que estão em situação de rua. Algumas vezes os familiares comparecem junto com o dependente que acabaram de encontrar nas ruas de São Paulo. Não raramente mães ficam chocadas com imagem atual do filho, contrastada com a imagem de como ele saiu de casa. Em outras ocasiões, a ansiedade se iguala a esperança de reencontrar o familiar que há tempos não voltou para casa. No primeiro caso o acolhimento inicial é fundamental para amenizar o sofrimento do familiar. No segundo caso, no processo de tratamento da família é levada em conta a perda ambígua e o luto do filho perfeito.

Portanto, a especificidade dessas unidades é a de lidar com famílias em situação de crise, e, em casos crônicos, trabalhar a qualidade do afeto, em sua maioria pautado no “apego ansioso”, e, não em menor grau, fomentar um olhar em que o tratamento da dependência química/codependência possa ser integral.

Referência Bibliográfica

1. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas. I Levantamento Nacional de Familiares de Dependentes Químicos. São Paulo, 2013. Disponível em http://inpad.org.br/_lenad-familia/sobre-os-pacientes-em-tratamento/
2. Paz FM, Colossi PM. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. Est. de Psicol. 2013; 18(4):551-8.
3. Bortolon CB. Family functioning and health issues associated with codependency in families of drug users. Ciênc saúde col. 2016; 21(1):101-7.

4. Santos JE. A Inserção da família na recuperação do usuário de álcool. Rev Flum Ext Univ. 2016; 06 (1/2): 41-4.
5. Xavier MF. Aspectos de funcionamento de personalidade de codependentes. Rev Sul Am Psicol. 2015; 3(2):75-86.
6. Alves RD. Grupo de familiares em CAPS AD: acolhendo e reduzindo tensões. Sanare (Sobral). 2015; 14(1):81-6.
7. Vasconcelos ACM. Relações Familiares e Dependência química: uma revisão de Literatura. Rev Bras Ciênc Saúde. 2017; 19(4): 321-6 2015.
8. Paula ML. Usuário de crack em situações de tratamento: experiências, significados e sentidos. Saúde Soc São Paulo. 2014; 23(1):118-30.
9. Staton MD, Todd T, et al. Terapia Familiar Del Abuso y Adiccion a las Drogas. Barcelona, Gedisa, 1990.

C A P Í T U L O

43

As Comunidades Terapêuticas no Tratamento
da Dependência Química

Dhione Almeida
Jackson S. Santana
Ariadne Ribeiro
Raquel Cleide Mota Carvalho

A CT (Comunidade Terapêutica) é um programa terapêutico para pessoas com dependência química utilizado como tratamento em diversos países.

A “comunidade terapêutica”, mais do que um local, é um modelo de atenção e cuidado, voltado para a abstinência e dirigido àqueles que a desejam de forma voluntária. Nesse sentido, possui referenciais teóricos e protocolos de rotina de funcionamento, de atuação e de manejo bem estabelecidos e consagrados (1). Além disso, sua eficácia tem sido comprovada por estudos e revisões da literatura, levados a cabo por instituições científicas em diferentes países.

Nos países que conseguiram desenvolver políticas públicas para o consumo de drogas livre de polarizações, esse modelo de atenção subsiste sem nenhum conflito com outras estratégias de redução de demanda, bem como com estratégias de redução de oferta e de redução de danos (2).

Apesar de tradicionalmente associado a instituições de caráter religioso, o “modelo de comunidade terapêutica” era laico em sua origem, havendo atualmente diferentes versões nesse sentido, baseadas, por exemplo, na psicanálise, na terapia cognitiva comportamental e na terapia comunitária (3); além disso há o conceito de “comunidade terapêutica modificada”, que conta com equipe multidisciplinar e tem possibilidade de atender usuários que, além da vulnerabilidade social, ainda necessitam de cuidados em saúde intensivos e estruturados – p.e. manejo dos sintomas da dependência química .

Quanto à espiritualidade e à religiosidade é importante considerar que ambas estão associadas á melhora do prognóstico daque-

les que possuem transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas (4).

A Comunidade Terapêutica tem demonstrado significativamente sua eficácia no tratamento de dependentes químicos, bem como quanto aos problemas de vida vinculados ao uso. Hoje, no entanto, a CT é uma sofisticada modalidade de serviços humanos. As comunidades terapêuticas são ambientes de acolhimento especializados, a técnica é utilizada em mais de 60 países que oferecem programas de tratamento estruturado e intensivo, visando a obtenção e a manutenção da abstinência, inicialmente em local protegido.

As pesquisas sobre CT têm aumentado provavelmente desde 1976, quando o NIDA (National Institute of Drug Abuse) realizou a primeira conferência “Therapeutic Communities of America” e, em 1994, cerca de 20 pesquisadores e um programa que envolveu um número considerável de artigos científicos e simpósios (Anais da Conferência do TCA 1994) reconheceram historicamente o modelo de comunidade terapêutica, como uma proposta para o tratamento do usuário de múltiplas substâncias.

A abordagem básica da CT consiste no tratamento da pessoa por meio do uso da comunidade de companheiros que, a princípio, traria uma abordagem relacionada somente ao uso de substâncias, utilizando como suporte ao tratamento técnico a abordagem de educação entre pares, e devido ao ao tempo de permanência, seria possível haver serviços vinculados à família, à educação, à formação vocacional e à saúde física e mental. As equipes tiveram, ao longo do tempo sua composição alterada, para contar com uma crescente proporção de profissionais de saúde mental, e educação atuando ao lado dos paraprofissionais recuperados. (1,7)

As primeiras comunidades terapêuticas no Brasil iniciaram em estados como São Paulo, Minas Gerais, Goiás, Rio Grande do Sul na década de 70.

No Brasil, há o marco que dá início à expansão das Comunidades terapêuticas nos Estados de São Paulo, Minas Gerais, Goiás, Rio Grande do Sul, entre outros.

Foi em 1978, na cidade de Campinas/SP, na fundação da Fazenda do Senhor Jesus, pelo Padre Haroldo J. Rahm. Padre Haroldo, introduziu psicossociais no quadro de seus funcionários.

Contudo, já a partir de 1978 nota-se a necessidade de uma perspectiva de uma prática teórica multiprofissional, especializada em projetos terapêuticos psicossociais que desenvolvesse metodologias inter setoriais com a finalidade de desenvolvimento de técnicas conforme as necessidades dos programas.

A partir de 2001, com uma maior expansão das comunidades terapêuticas no Brasil, os órgãos reesponsáveis pela organização e controle dos funcionamentos de serviços prestados à sociedade civil, criam normatizações e fiscalizações.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, considerando a necessidade de normatização do funcionamento de serviços públicos e privados de atenção às pessoas portadoras de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, adotou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), 101/01, que estabeleceu o Regulamento técnico para o Funcionamento das Comunidades Terapêuticas-Serviços de Atenção a Pessoas com Transtornos Decorrentes do Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas, segundo Modelo Psicossocial (5,6).

A legitimação das comunidades terapêuticas como setor necessitado de fiscalização

pela ANVISA garante a qualidade dos serviços públicos ou privados prestados a pessoas com transtornos relacionados ao uso de S.P.A., viabilizando normas de atendimento e critérios, do início ao término da permanência na C.T., com projetos individuais e coletivos, visando a reintegração na sociedade. A sociedade, se modifica conforme as mudanças das pessoas que a compõem, assim também como os serviços prestados para atendimento público e privado, implicaram mudanças nos acolhimentos sociais com diretrizes de reinserção social.

Em 2011, a ANVISA revogou a RDC 101/01 e criou a RDC 29/11, no intuito de se aproximar do modelo proposto pela FEBRACT. Dessa forma, as comunidades deixaram de se adequar as normas gerais de um serviço de saúde, tal qual um hospital ou centro de tratamento, em favor de seu caráter residencial e de convívio familiar (6,7).

O Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack - "Programa Recomeço", instituído pelo Decreto nº 59.164, de 9 de maio de 2013, alterado pelo Decreto nº 59.684, de 30 de outubro de 2013, foi reorganizado nos termos deste decreto, passando a denominar-se Programa Estadual de Políticas sobre Drogas - "Programa Recomeço: uma vida sem drogas". Devido à necessidade de oferecer alternativas para os usuários de drogas, principalmente de crack, o Governo do Estado de São Paulo mantém, por meio das Secretarias de Estado de Desenvolvimento Social, Saúde, Justiça e Defesa da Cidadania, um programa de reabilitação que trabalha com o tratamento simultâneo das diferentes dimensões da dependência química, contando com importantes parceiros na articulação e atendimento, dentre eles a SPDM (Associação Paulista para Desenvolvimento Medicina) e a FEBRACT (Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas).

A ideia é articular os diversos atendimentos no CRATOD, para permitir que o de-

pendente tenha uma oportunidade concreta de recomeçar e se reinserir na sociedade, em todos os âmbitos de sua vida. “Oferecemos estrutura de apoio e diversas linhas de cuidado como: motivação, desintoxicação, reinserção, acolhimento, moradia assistida e casa de passagem”.

O processo se dá através de um grupo de acolhimento que atua todos os dias no CRA-TOD, através de uma equipe técnica, composta por Assistente social, Enfermeira, Psicóloga, Psicopedagoga, Médico e Terapeuta Ocupacional.

Objetivo:

O objetivo específico das Comunidades terapêuticas é tratar o indivíduo como um todo e dar um suporte ao usuários de múltiplas drogas, que se encontra em vulnerabilidade social, obtendo a transformação na cultura da uso na qual esse indivíduo está inserido, para

uma cultura de recuperação, que lhe será essencial para a continuidade de seu processo de abstinência e permanente vigilância. Resumidamente, objetivando sua recuperação e transformando positivamente seu estilo de vida e sua identidade pessoal. (8).

Público Alvo/ Indicação

Os participantes desse processo de recuperação voluntário, são maiores de 18 anos, sem comorbidades psiquiátricas média e/ou graves, com vínculos familiares rompidos, fragilizados e mantidos.

Na grande maioria trata-se de homens e mulheres entre 18 anos e 60 anos, usuários de múltiplas drogas sem necessidades especiais de clínica médica, com ou sem vínculos familiares, em situação de rua, pacientes cujo encaminhamento deve ser realizado pelos



Espaço de atendimento CAPS CRATOD

CAPS AD, a partir da percepção de baixa adesão, ou insuficiência de recursos ambulatoriais que permitam o desenvolvimento psicossocial do indivíduo, bem como os pacientes que vêm encaminhados de Hospitais onde passaram por uma desintoxicação, e que já não apresentam riscos relacionados a comorbidades psiquiátricas e que voluntariamente se candidatem à continuidade do tratamento em CT's.

Um espaço protegido do uso, permite que o indivíduo desenvolva e/ou recupere habilidades sociais e valores que muitas vezes não são praticados devido ao uso abusivo de álcool e drogas e às dificuldades de sobrevivência. São desenvolvidos propostas para acessar trabalho, documentos, estudo, capacitação e recuperação do vínculo familiar, fortalecer e desenvolver a reinserção social, respeitando a autonomia e a participação dos familiares, amigos e da sociedade civil em todos os processos.

Comunidade Terapêutica um dos pilares do Programa Recomeço

Garantia de qualidade no credenciamento das CT's: Muitos programas de tratamento de drogas se autodenominam CT's, mas muitas vezes não está claro se esses programas constituem programas de CT válidos. Há, portanto, razões pragmáticas e métodos que certifiquem a qualidade do serviço prestado, em CT's que ofereçam orientação profissional baseada no modelo teórico mundialmente aceito. Contamos, nesse sentido com a Febract, que além de supervisionar as CT's conveniadas ao Programa Recomeço, também é o órgão Brasileiro que mais tem formado profissionais ou paraprofissionais que trabalham no corpo funcional das CT's (1,7).

Tais preocupações se fazem necessárias devido à grande variedade de percepções errôneas, baseadas em sua maioria em informações insuficientes acerca do modelo. Dada sua história de tratamento não convencional, alternativo" desde a década de 60, existe a necessidade de retratar com precisão a CT contemporânea como um recurso eficaz, seguro e digno de crédito. Explicitar as perspectivas das bases, dos princípios e dos métodos que sustentam a abordagem da CT, poderia ajudar a corrigir algumas dessas concepções errôneas e proporcionar um quadro mais equilibrado do lugar da CT no espectro dos serviços humanos (1).

Considerações finais

Embora não tenha havido um exame quantitativo, tem havido um aumento de pesquisas vinculadas a CT's e, o aumento de subvenções com fundos federais vinculados a CT's, bem como o aumento do número de órgãos que recebem delas subvenções, e houve a criação do Center of Therapeutic Community Research (CTCR – Centro para a Pesquisa em Comunidades Terapêuticas), fundado pelo NIDA, que foi o primeiro centro dedicado exclusivamente a estudos de uma modalidade específica de tratamento (Millstein,1994).

É essa forma de tratamento utilizada pelos participantes, tratando-se, portanto, de uma metodologia de acolhimento voluntário em que o paciente é o principal responsável pelo seu tratamento; sendo auxiliado, porém, por companheiros do grupo, assim como por alguns profissionais da área da saúde. O processo terapêutico focaliza intervenções sociais, atribuindo funções, direitos e responsabilidades aos indivíduos em tratamento. Desde que o programa Recomeço foi criado, podemos observar, nas tabelas acima, o números de pacientes que lá foram encami-

nhados, entre 2014 e abril de 2017. São 3.162 pacientes entre homens e mulheres acolhidos em comunidades terapêuticas, através do Núcleo de Pesquisas do CRATOD em parceria com o Ins-

tituto Padre Haroldo, sendo que serão em breve publicados os resultados quanto a eficácia dos modelos de tratamento nas referidas Comunidades Terapêuticas.

Referências Bibliográficas

1. De Leon G. *The therapeutic community: Theory, model, and method*: Springer Publishing Co; 2000.
2. Ferri CP, Gossop M, Rabe-Hesketh S, Laranjeira RR. Differences in factors associated with first treatment entry and treatment re-entry among cocaine users. *Addiction*. 2002;97(7):825-832.
3. UNODC UNODaC. *Global Consultation UNODC on Prevention*2014.
4. Nappo SA, Galduroz JC, Noto AR. Crack use in Sao Paulo. *Substance use & misuse*. Apr 1996;31(5):565-579.
5. Ribeiro M, Duailibi S, Frajzinger R, et al. The Brazilian 'Cracolândia' open drug scene and the challenge of implementing a comprehensive and effective drug policy. *Addiction*. Apr 2016;111(4):571-573.
6. Ribeiro M, Perrenoud LO. Ambulatório especializado: estrutura, funcionamento e indicações. In: Ribeiro M, Laranjeira R, eds. *O tratamento do usuário de crack*. Porto Alegre: Artmed; 2012.
7. Kang SY, Leon GD. Criminal involvement of cocaine users enrolled in a methadone treatment program. *Addiction*. 1993;88(3):395-404.
8. Ribeiro M, Laranjeira R. *O tratamento do usuário de crack*. Porto Alegre: Artmed 2012.

S E Ç Ã O

6

Políticas de Saúde em tratamento
para Dependência Química
e a organização de serviços



O S E G R E D O

— Janaína, tenho que ser sincero com você – não adianta vir aqui e mentir, né? – ontem não resisti e fumei várias pedras, mas já tá tudo bem de novo.

— Como aconteceu Moacir? Você estava bem empolgado por ter parado de usar crack há mais de dois meses. Me conta.

Moacir contou para a sua referência do CAPS-AD, a psicóloga Janaína, como foi que tudo aconteceu. Janaína perguntou para ele sobre os tais fatores de risco e sobre as situações aparentemente irrelevantes que sempre levam – ou pelo menos prenunciam – às escorregadas na droga. Além disso, muitas vezes, as pessoas ficam estressadas, sentem-se desprotegidas, distantes dos amigos e dos parentes e aí já viu...

— O que você comentou com os seus pais sobre isso? Disse Janaína.

— Com meus pais? 'Cê tá louca? Nada!

— Ué, não combinamos logo no início que se você recaísse, chamaríamos os seus pais novamente para combinarmos uma estratégia mais intensiva para o seu tratamento?

— Mas isso faz mais de dois meses! Fiquei esse tempo todo bem! Por causa de uma recaída você vai chamar meus pais? Por quê? Vão me internar?

— Você não precisa de internação. Vamos chamar seus pais porque foi o combinado.

— Ah, não! Não quero. E você não vai falar nada, tudo aqui é sigiloso.

— Concordo plenamente. Eu não falarei nada porque é você quem vai falar.

— Não, dessa vez, fica sendo um segredo nosso, pode ser?

— Não dá, Moacir, e você sabe disso.

— Meus pais vão querer me matar...

— Talvez fiquem um pouco frustrados; mas ficariam bem chateados se daqui a algum tempo essa recaída que você está querendo esconder sob a forma de um segredo vier à tona. Já pensou? Seria uma quebra de confiança muito grande, colocaria todo o nosso trabalho em xeque. Por outro lado, se você assumir o fato ocorrido, mostrará a eles o seu compromisso com a transparência e com a vontade de acertar. Segredos em dependência química são como mercadorias perecíveis: se não revelados a tempo, apodrecem e se mostram por si só – pelo cheiro que deixam, pelos bichos que atraem. Definitivamente, eles são um sinal de que as coisas não vão bem.

— Está certo, está certo, eu vou contar.

— Vamos chama-los aqui ainda essa semana, né?

— Pode ser.

— O mais importante nisso tudo, é que entre nós, não houve segredos!

C A P Í T U L O

44

Políticas Públicas em dependência química
para o Controle de Álcool, Tabaco
e Drogas Ilícitas.

Sérgio M. Duailibi
Sandra Marques

1. Introdução

O propósito deste capítulo é descrever os recentes avanços associados às pesquisas dos problemas relacionados ao consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas e as estratégias políticas mais eficientes para atenuá-los.

Políticas públicas são as que dizem respeito à relação entre drogas, segurança, saúde e bem-estar social. Envolvem esforços ou decisões de setores governamentais ou organizações não governamentais para prevenir ou minimizar problemas relacionados ao consumo de drogas lícitas ou ilícitas.(1)

No que diz respeito às drogas lícitas, em muitas nações há um vácuo em advocacia pública, deixando as organizações não governamentais como “representantes” do público nos assuntos referentes aos problemas relacionados ao seu consumo. Os meios de comunicação têm uma influência significativa no debate político nacional e local, determinando seu papel dominante na cultura contemporânea. Um exemplo é o caso das bebidas alcoólicas que, apoiado por livres valores de mercado e conceitos sociais, têm seus interesses defendidos pelas suas indústrias, que entraram na arena política para proteger seus interesses comerciais e, em alguns países como o Brasil, constituem-se no principal agente não governamental presente à mesa onde se discute a política do álcool.(2) Embora a indústria tente fazer propaganda educativa (“se beber não dirija”, ou “beba com moderação”), seus interesses comerciais conflituam com medidas de saúde pública.

As políticas do álcool podem ser divididas em duas categorias: as alocatórias e as regulatórias.(3) As primeiras promovem recursos para um grupo ou organização específica para prevenção e tratamento, para

atingir objetivos de interesse público, financiando campanhas educativas e fornecendo tratamento aos dependentes. Já as políticas regulatórias procuram influenciar comportamentos e decisões individuais. Por exemplo: as leis que regulam a taxaço e o preço, impõem uma idade mínima para a compra de bebidas, limitam os horários de funcionamento de bares e limitam a propaganda, são usadas para restringir o acesso às drogas lícitas por razões de saúde e segurança pública.(3)

Com relação às drogas ilícitas, discute-se sobre fiscalização, repreensão prisão, descriminalização, despenalização, ou legalização. Qual (is) seriam as

medidas mais adequadas? Quais seriam as conseqüências para a segurança e saúde pública das políticas adotadas pelo país em relação às drogas ilegais?

2. Principais fundamentos de políticas relacionadas ao álcool, tabaco e drogas ilícitas

Avaliação do Modelo Geral Etiológico

Um diagrama do modelo geral é mostrado em Figura 1. O propósito primário de uma política de prevenção ao álcool, tabaco e outras drogas (ATOD) é reduzir o uso da(s) substância(s) psicoativa(s) e os problemas associados ao seu consumo.

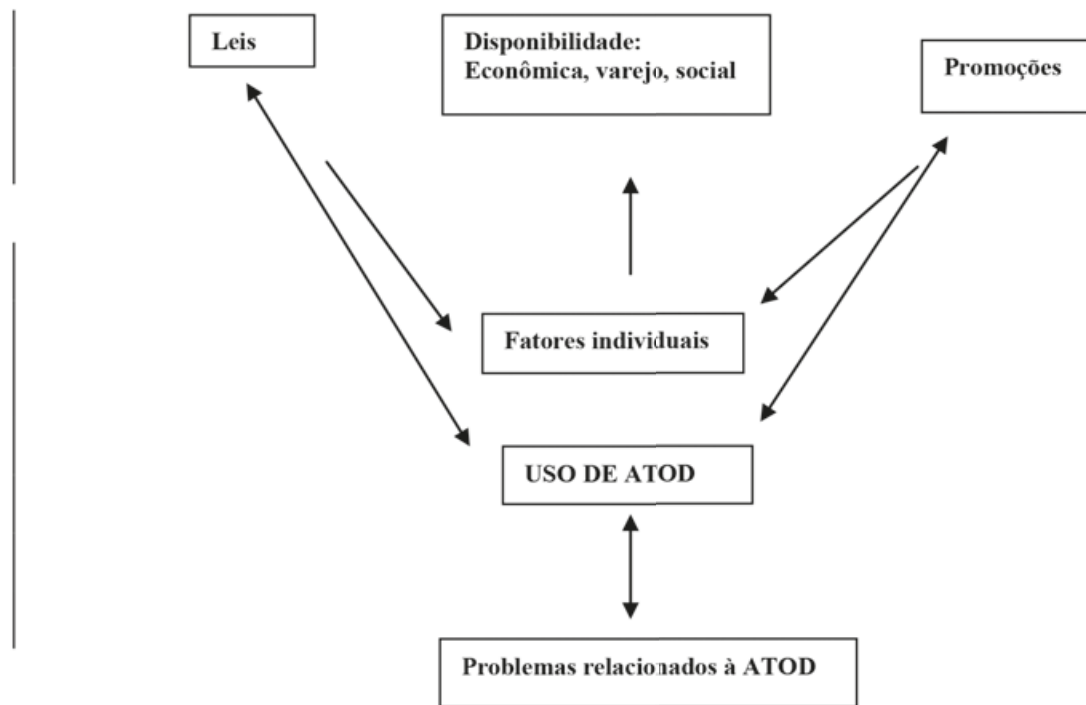
Tais problemas geram elevados custos referentes à saúde individual, social e conseqüências adversas relacionadas ao consumo de ATOD, resultando em danos sócio-econômicos pela soma dos prejuízos materiais, médicos e referentes à perda de produtividade. Podemos considerár essa soma um problema

prioritário de saúde e segurança pública nos países em desenvolvimento (Ameratunga et al., 2006).

Basicamente, álcool, tabaco, e drogas ilícitas são produtos de varejo sujeitos à relação de oferta X demanda. Na Figura 1, a disponibilidade representa um dos componentes fundamentais do consumo de substâncias psicoativas. Sem disponibilidade, não pode haver nenhum uso ou problemas associados. Isto tem que ser levado em consideração quando considerarmos a legalização de drogas ilícitas,

pois a acessibilidade ao ATOD depende de fatores ligados às leis vigentes (federais, estaduais ou municipais) e sua efetiva execução (implantação efetiva da fiscalização das normas vigentes e punições decorrentes). O desejo de consumir estas substâncias (fatores individuais) cria uma demanda que estimula uma oferta, tanto maior quanto maiores forem os lucros que poderão ser obtidos com sua venda. Igualmente, o potencial para lucro encoraja os vendedores a estimularem a demanda através das promoções.(4)

Figura 1



Historicamente, porém, especialistas em prevenção deram mais ênfase à diminuição da demanda de ATOD. Este modelo geral da Figura 1, inclui ambos os aspectos (demanda e oferta de ATOD), mas busca equilibrar a falta de atenção dos preventivistas em relação à importância do papel da

disponibilidade das substâncias psicoativas em relação ao consumo.

No debate sobre a legalização total das drogas, seus defensores entendem que a proibição total de uma droga leva a um alto grau de dano, principalmente pelo crime que estaria associado ao uso ilegal de

uma substância, maior corrupção social, nível mais impuro da droga no mercado negro e à dificuldade das pessoas buscarem ajuda em relação a um comportamento ilegal. Argumenta-se que a proibição total pode causar mais dano do que a legalização total da droga. A grande falha deste argumento é não levar em consideração que a legalização produz uma maior oferta da droga, aumentando seu consumo e os problemas relacionados. Este modelo enfatiza em demasia o comportamento individual do uso de drogas e não leva em consideração o nível agregado de dano. Por exemplo, se legalizássemos completamente a maconha uma das possibilidades seria um maior consumo global desta droga, e um maior consumo na população mais jovem, pois isto ocorre com as drogas lícitas como o álcool e o cigarro. Portanto, com a legalização é possível que obtivéssemos um menor número de crimes mais violentos, mas, por outro lado, a população mais jovem teria maiores complicações na vida escolar e um provável aumento da criminalidade mais violenta, para conseguir dinheiro para consumir drogas.

Podemos dividir a disponibilidade de ATOD em três tipos específicos: disponibilidade econômica (preços, taxações); disponibilidade de varejo (facilidades de compra e acessibilidade às drogas) e disponibilidade social (acessibilidade de fontes de obtenção por família e amigos).(5)

Disponibilidade Econômica:

Disponibilidade econômica refere-se ao preço que deve ser pago para obter as drogas lícitas ou não. Influenciado por impostos, taxações, concorrências com vendedores vizinhos, fiscalização, etc.

Álcool

Quanto à disponibilidade econômica, evidências científicas mostram que estratégias de aumento de preços do álcool são altamente eficazes e estão associadas ao menor consumo e problemas associados, principalmente nos grupos mais vulneráveis: o dos adolescentes (menor renda disponível) e o dos bebedores pesados.(3, 6,7)

Especialistas vêem o aumento de preços como o meio mais eficaz de reduzir a embriaguez ao volante, principalmente em jovens.^(8,9) Estima-se que um aumento de 10% no preço de bebidas alcoólicas nos EUA, reduziu a probabilidade de se dirigir embriagado em 7% para homens e 8% para mulheres, com reduções ainda maiores entre os menores de 21 anos.^(8,9) Vários estudos têm examinado o impacto dos preços do álcool em homicídios e outros crimes (incluindo seqüestros, assaltos, furtos, roubos de veículos, violência doméstica e abuso de crianças) ^(10,11) e concluído que o aumento dos preços de bebidas está associado à diminuição da ocorrência destes crimes ^(4,5) e do afastamentos do trabalho, em caso de ferimentos não fatais.

Tabaco

Tal como o álcool, pesquisas apontam uma relação direta de preços mais altos com menor consumo de cigarros e, conseqüentemente, menos problemas. Esta associação é especialmente forte quanto ao consumo é medido entre adolescentes e adultos jovens.

Drogas Ilícitas

Similarmente ao álcool e ao tabaco, evidências empíricas apontam uma forte relação entre preços elevados e consumo reduzido de drogas ilícitas. Uma pergunta empírica importante é como a mudança de preço de uma substância afetaria o uso de outras. Um número

limitado de estudos internacionais teve resultados conflitantes.(12,13,14) DiNardo e Lemieux encontraram que a descriminalização de maconha tinha um efeito positivo significativo em relação à prevalência de uso de álcool por estudantes de cursos superiores.(15) Chaloupka e Laixuthai (1997) encontraram que a frequência de beber e a probabilidade de beber pesado era inversamente relacionado aos preços de cerveja e positivamente ao preço de maconha.(16) Saffer e Chaloupka (1995) acharam evidência consistente de uma relação complementar por álcool, maconha, cocaína, e heroína.

Jeffrey Zinsmeister, em pesquisas no Oregon (EUA), que legalizou o consumo em 2014, verificou que somente 30% da maconha vendida hoje é legal. O impacto que se esperava de redução do mercado paralelo não aconteceu, pois o imposto aumenta preço e o tráfico perpetua-se oferecendo produtos diversos da maconha a um preço menor. O cultivo da planta hoje não chama atenção e não tem denúncia de ilegalidade como antes.

Em outros estados americanos: houve incremento do uso frequente (mais de 20 vezes ao mês). Impacto no número de chamadas e ocorrências policiais e aumento no número de acidentes de trânsito e de trabalho. Crimes relacionados com as drogas tiveram um incremento de 9% ao ano. O aumento do consumo atingiu mais os bairros, pobres e de população negra....

O Uruguai é um caso interessante: triplicou nos últimos 03 anos o comércio ilegal. Hoje o panorama das empresas para cultivo e venda, difere do que se propunha inicialmente (estar sob o controle público).

Outros dados interessantes em relação à maconha são os danos produzidos por produtos comestíveis de maconha. Impactos: Potência maior que a planta, por exemplo: Uma barra de chocolate-maconha pode conter 10/15 doses.

Efeitos: absorção lenta dos produtos comestíveis leva a um maior consumo. Risco maior. Nos adolescentes o índice de abuso chega aos níveis do álcool. Afeta o crescimento do cérebro, desempenho escolar e trabalho.

- Em relação ao crack podemos dizer que boa parte de sua venda é sob a forma de “Mercado aberto” de venda de droga. Tais mercados tiveram efeitos devastadores nos bairros pobres das cidades. Esses mercados produzem alterações importantes na saúde, segurança pública, controle e ordem social da comunidade, caracterizando-a por desordens, crimes e violência (Meares 1998; Weisburd & Mazerolle 2000). À medida que os traficantes de drogas exercem controle sobre os espaços públicos, os residentes se retiram, os crimes relacionados aumentam (crimes violentos, porte de armas e prostituição) e a condição geral da comunidade se deteriora (Skogan 1990; Robinson & Rengert 2000; Wilson & Kelling, 1982). Ao mesmo tempo, há um ciclo desastroso de prisões de numerosos jovens traficantes de drogas, que vão sendo presos, apenas para serem substituídos por um novo grupo de jovens atraídos por recompensas econômicas e estilo de vida proporcionado pela venda de drogas (Anderson 1990; Tonry, 1995).

A migração de uma droga ilícita para outra não é fato raro quando uma droga tem seu preço majorado ou “desaparece” do mercado.(20)

Disponibilidade de varejo:

As disponibilidades de varejo são representadas pelas facilidades de compra e venda através dos mercados formal ou informal.

Álcool

As limitações na disponibilidade de varejo pretendem regular o mercado de venda do álcool, limitando o acesso do consumidor a este produto ou regulando o contexto em que ele é consumido. Neste contexto várias ações podem ser realizadas:

1) Delimitação da localização dos pontos de venda e “aglomerados de bares”:

Governos locais podem lançar mão de medidas que limitam a localização de pontos de venda (como leis de zoneamento urbano, estabelecimento de uma distância mínima de escolas, limitação do número de pontos de venda em uma região ou estabelecer um sistema de licença para a venda de bebidas.

2) Diminuição da densidade dos pontos de venda:

Quanto menor a densidade, maior a oportunidade de lucros na venda de álcool, maior o seu preço e menores o seu consumo e os problemas associados. (1,3,4). Um estudo estimou que a diminuição de 10% na densidade dos pontos de venda de álcool reduz o consumo do vinho em 4%(4) e outros encontraram uma associação inversamente proporcional entre a densidade dos pontos de venda e problemas relacionados à bebida e condução de veículos.(18,19)

3) Estabelecimento de uma idade mínima para a compra de bebidas:

Pretende reduzir o acesso ao álcool ao especificar a idade em que se pode comprar e consumir o álcool legalmente. Elevações na idade mínima para se comprar bebidas – com adequada implementação e fiscalização - podem provocar reduções substanciais nos problemas relacionados ao álcool na população jovem, especialmente os decorrentes de acidentes de carro e violência.(18,19)

4) Restrição dos dias e horários de venda:

Diminui as oportunidades para a compra, o consumo e

os problemas relacionados ao álcool.(1,3,4) Um bom exemplo nacional é a lei de fechamento de bares às 23:00h em Diadema, que, de acordo com um estudo publicado, produziu uma redução importante no número de homicídios e de violência contra mulheres na cidade.(20) Os que bebem até tarde durante a semana, constituem um segmento da população que bebe de forma particularmente pesada.(11)

5) Instituição de serviços de venda responsável de bebidas:

O treinamento dos garçons e vendedores de bebidas tem o potencial de diminuir a venda de álcool para pessoas já intoxicadas e menores de idade, reduzindo, por conseguinte, o número de acidentes de carro. (12)

6) Regulação da venda:

O poder de influência sobre o consumo de bebidas alcoólicas é maior nos estabelecimentos que vendem a bebida para ser consumida no próprio local, já que têm a oportunidade de influenciar diretamente o que acontece durante e após a compra. Regulamentações podem: especificar o volume das doses das bebidas (o padrão internacional é 35 ml); inibir descontos e promoções tipo consumações; incluir treinamento dos funcionários em relação à oferta de alimentos, água e opções de entretenimentos não relacionadas com o consumo de álcool.(1,5)

7) Implantação de um sistema de licenças:

O mecanismo de controle mais direto e imediato sobre o álcool tende a ser a implantação de um sistema de licenças para a venda de bebidas alcoólicas. Se o sistema tiver poder para suspender ou revogar a licença do estabelecimento em caso de infrações, torna-se um instrumento efetivo e flexível para reduzir problemas relacionados ao consumo de álcool. (1)

Tabaco

- Há poucos estudos experimentais da relação entre disponibilidade de varejo e consumo de tabaco, vários estudos americanos fornecem evidência que o aumento de restrições à venda do tabaco nos EUA contribuiu para uma queda do seu consumo.

Estabelecimento de uma idade mínima para a compra de cigarros: Semelhante ao que ocorre com as bebidas alcoólicas, tem impacto notável sobre o consumo de cigarros, sendo a medida mais importante de prevenção ao consumo de tabaco.(15,16,17)

Proibição ou limitação da propaganda: Efeito importante sobre a venda do tabaco principalmente para a população mais jovem.

Drogas Ilícitas

Diferentemente dos comerciantes “legais”, os vendedores de drogas ilícitas estão preocupados com apreensão policial de seus produtos e como vendê-lo em “operações” secretas nas chamadas “bocas”. Reciprocamente, varejistas ilegais não podem depender da justiça civil ou criminal para mediar disputas e oferecer proteção contra a violência.

Muitos estudos examinaram a relação entre esforços para mudar a acessibilidade de drogas ilícitas e seu uso e problemas associados. MacCoun e Reuter (2002) estudaram os efeitos de despenalização da maconha nos Países Baixos(20) entre 1994 e 2006, tempo no qual o acesso comercial para maconha ampliou-se, levando a aumentos consideráveis do consumo desta droga. Operações policiais têm interferência importante na venda de drogas: O aumento da visibilidade policial resultou em reduções do tráfico de drogas que a associação oposta também é verdadeira, com o cres-

cimento das vendas após os recursos policiais se afastarem.(5,20)

Disponibilidade Social:

A disponibilidade social refere-se à obtenção de substâncias através de “fontes sociais”, como os amigos e parentes. Substâncias obtidas por fontes sociais geralmente não envolvem dinheiro, porém uma porcentagem significativa de consumo de ATOD, especialmente em menores de idade, é obtida através de fontes sociais. (3,5)

Álcool

Fontes sociais estão envolvidas em 36% a 67% de condução de veículos por pessoas alcoolizadas e com a iniciação precoce do uso de álcool em adolescentes, sendo que a maior parte do álcool consumido por menores é obtida em festas ou na própria casa. (3,5) A disponibilidade social também é responsável pela iniciação do consumo de bebidas em adolescentes mais jovens (1,3,5) sendo oportunidade para consumo de alto risco de álcool.

Tabaco

As fontes mais comuns de início de consumo de cigarros para jovens são as ofertas, “empréstimos” ou “roubos” de familiares ou amigos, influenciando seu uso posterior e criando problemas subseqüentes. (16,17)

Drogas ilícitas

Estudos que relacionam a disponibilidade social e sua relação com o uso de drogas ilícitas são escassos. Caulkins (2002) encontrou uma grande porcentagem de pessoas que informaram uso de drogas ilícitas obtidas “socialmente” como um “presente” em 42% dos entrevistados para maconha, 35% para cocaína

(pó), e 24% para *crack*.(20) Uma porcentagem adicional de usuários (32% maconha, 23% cocaína, e 19% de *crack*) informou ter comprado as drogas de amigos em lugar de negociantes, indicando uma espécie de “varejo” praticado em redes sociais informais.(20)

4. Custo-efetividade das políticas preventivas

Considerando a importância do consumo de ATOD para a segurança e saúde pública, a OMS realizou um estudo com a participação de vários especialistas de nove países para avaliar o custo-efetividade de diferentes políticas preventivas relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas. Foi composta uma lista das dez “melhores práticas” com base nos seguintes critérios: evidência de efetividade, existência de suporte científico, possibilidade de transposição para diferentes culturas e custos de implementação e sustentação.(1,5)

Cinco práticas são referentes a políticas de controle de álcool (regulatórias): 1) estabelecimento (e fiscalização) de idade mínima legal para compra de bebidas alcoólicas; 2) monopólio governamental das vendas de bebida ou drogas no varejo; 3) restrição dos horários ou dias de venda; 4) restrições de densidade dos pontos de venda de álcool; 5) criação de impostos para o álcool.

Outras quatro práticas estão diretamente relacionadas com o controle do beber e dirigir: 1) redução do limite de concentração sanguínea do álcool permitida para dirigir; 2) suspensão administrativa da licença de motoristas que dirigem alcoolizados; 3) estabelecimento de postos de fiscalização de sobriedade; e 4) política de “tolerância zero” quanto ao dirigir alcoolizado, por vários anos, no licen-

ciamento para motoristas novatos.(1,5) A última prática é instituir processos terapêuticos do tipo intervenções breves para bebedores pesados.

Algumas estratégias são bastante populares, porém não têm o impacto desejado quando implementadas isoladamente (isto é, sem políticas de intervenção regulatórias) por apresentarem baixa efetividade e alto custo:(3,8)

- Promoção de atividades alternativas de lazer e diversão “livres de álcool” (como esportes) são ineficazes.(5)
- Prevenção nas escolas: Seu custo é muito alto em relação à sua efetividade.(5)
- Designação de serviços de transporte ou “designação do motorista da vez” para prevenção do dirigir alcoolizado.
- Advertências nos rótulos das bebidas não são eficazes para mudar comportamentos relacionados ao consumo de álcool e não são efetivos para diminuir o consumo entre bebedores pesados.
- Mensagens publicitárias. Embora possua apelo popular, a propaganda educativa nunca é tão bem produzida, nem possui os mesmos recursos e frequência nos meios de comunicação como a propaganda da indústria do álcool. Apresenta alguma efetividade quando é parte integrante de um programa mais amplo de políticas. Proibir a publicidade do álcool custa bem menos e é bem mais eficaz que qualquer medida de contra-propaganda.(3,5)

5. Promoções/Propaganda

Varejistas tentam aumentar a demanda através da promoção de seus produtos. Especialmente em mercados altamente concentrados, companhias tendem a não competir somente através de preços mais atrativos, mas também

investir fortemente em propaganda,(4) criando uma imagem favorável ao consumo. A propaganda tem o objetivo de recrutar novos usuários e “reter” os clientes, podendo afetar atitudes e decisões individuais de quando e quanto consumir. O objetivo da propaganda não é só a de fazer com que os consumidores tenham preferência por esta ou aquela marca de bebida ou cigarro, mas a criar um clima social de tolerância e estímulo visando nitidamente aumentar o consumo global.(4) A proibição da propaganda tem sido consistentemente mostrada em pesquisas como um fator importante da diminuição do consumo.(5,20)

Álcool

- Anúncios de álcool em produtos impressos, televisão e rádio incrementam as expectativas relacionadas aos efeitos de álcool e intenções para beber, especialmente em adolescentes e adultos jovens, estimulando o início do consumo, o beber pesado e nocivo. (11,12,13)

Estudos relacionados aos efeitos de proibições de propaganda implementadas na Comunidade Européia mostraram efeitos significantes, incluindo diminuição dos níveis de consumo e dos problemas relacionados ao álcool, como acidentes de trânsito. (11,12,13)

Tabaco

Como acontece com o álcool, a promoção de produtos de tabaco está relacionada com a iniciação do uso de tabaco e aumento do consumo global entre fumantes de menor idade (11,12,13) sendo que limitações na propaganda do cigarro têm efeito positivo na diminuição do consumo e dos problemas relacionados a ele. Note-se a diferença da prevalência de consumo antes e depois da implementação das leis no Brasil.

Drogas ilícitas

Dado que o uso de drogas ilícitas é ilegal, a promoção destas drogas por canais de propagandas regulares é limitada, embora algumas revistas e locais de Web promovam consumo de drogas individualmente ou para festas particulares. As promoções tipo descontos para clientes potenciais (novos clientes) ou “especiais” (clientes assíduos nos pontos de venda) são freqüentes e as comunicações boca a boca são essenciais para o sucesso de um determinado ponto de venda. (20)

6. A influência das leis sobre o consumo de drogas

Uma pergunta a se fazer é: Se várias políticas preventivas são efetivas para diminuir o consumo, por que tornar ilegais somente algumas drogas? Como salientado, estratégias diferentes deveriam ser usadas para as diferentes drogas e as evidências apontam que pouco benefício ocorreria em transformar as drogas ilegais em legais, pois haveria uma forte tendência no aumento do consumo. Mas, uma questão que permanece é se as leis influenciam efetivamente o comportamento de consumo de drogas.

No caso do álcool, este custo-efetividade das leis já foi amplamente estudado (item 4). O grande problema está em tentar responder à influência das leis sobre o consumo de drogas ilícitas. MacCoun (2003) mostrou que a abolição das leis proibindo o consumo teria um efeito dramático sobre a estigmatização do uso, medo de atividades ilegais, o efeito fruto proibido e efeito simbólico geral da proibição, diminuindo, portanto, uma série de impedimentos para o consumo. **A constatação mais importante é que as evidências mostram que a abolição das leis teria um efeito maior nas pessoas que comumente não consomem**

drogas, levando potencialmente um maior número de pessoas a experimentar e se tornarem usuários regulares ou esporádicos.

Por outro lado, os estudos mostraram que quanto maior o envolvimento com drogas, menor seria o impacto das leis em deter o consumo. No entanto, a lei serve para deter um número substancial de pessoas a usar drogas. Esse estudo mostra que qualquer efeito dramático no status legal de uma droga é desaconselhável, pois as conseqüências seriam literalmente imprevisíveis com uma nítida tendência a um aumento do consumo devido à falta de controles sociais disponíveis e à falta de leis muito claras.

Como visto, o desafio de uma política de drogas é buscar o balanço certo para cada droga, mas sempre visando uma diminuição global do consumo.

7. Drogas Ilícitas: Debates sobre despenalização e legalização

Segundo René Ariel Dotti, despenalizar “é excluir ou reduzir a incidência das penas privativas de liberdade”. Em outros termos, mantém-se o caráter ilícito da conduta, retira-se o caráter repressivo da pena e suaviza-se a reação estatal, através de penas alternativas ou medidas educativas.

Com o aumento do custo social das drogas, existe a tendência de propor soluções mágicas e simples como a legalização de todas elas. Os proponentes dessa solução não apresentam uma clara operacionalização de como isso ocorreria, mas fornecem dois argumentos favoráveis: Devido à grande associação entre violência e drogas, argumentam que tirando o lucro dos traficantes diminuiriam os crimes; além disso, acreditam que teríamos uma série de benefícios em termos de saúde pública, tais

como a disponibilidade de drogas mais puras e seringas e agulhas limpas poderiam prevenir doenças como hepatite e AIDS, por exemplo.

Esses dois argumentos têm apelo somente em um nível superficial. O principal argumento contra a legalização, conforme exposto anteriormente, é que o aumento da disponibilidade de qualquer droga aumentaria o consumo. Além disso, a ação direta de qualquer droga com potencial de criar dependência reforça a chance de que ela venha a ser usada novamente. As drogas que produzem dependência ativam os circuitos cerebrais que são normalmente ativados por reforçadores naturais como fome, sexo. A ativação desses circuitos está na raiz do aprendizado que inicia o processo da dependência química. De forma simplista, podemos dizer que devido ao fato que essas drogas produzem prazer, o indivíduo terá maiores chances de querer repetir a experiência, e este uso repetido mudará os circuitos cerebrais, com grande chance de produzir dependência. Mesmo nas pessoas que não venham a desenvolver uma dependência plena, o aumento da experimentação ou do uso regular das várias drogas que estariam disponíveis acarretaria um aumento do número de problemas. Como as drogas hoje ilícitas acarretam comprometimento das funções cognitivas e motoras, no mínimo aumentariam o risco de vários tipos de acidentes e também diminuição da produtividade no estudo e no trabalho.(5,20)

Outro aspecto a ser levado em consideração são os adolescentes. Teoricamente, eles estão protegidos legalmente da venda de cigarros e álcool (o que no Brasil, não acontece de forma satisfatória, haja vista a facilidade que menores de idade têm em comprar cigarros e bebidas alcoólicas em estabelecimentos comerciais). Presumivelmente, após uma legalização das drogas, eles também estariam protegidos

da venda de maconha, cocaína e outras drogas. O problema é que essas leis funcionam, na melhor das hipóteses, parcialmente. O uso de tabaco e álcool já é um grande problema de saúde pública para os nossos adolescentes. Especialmente os adolescentes na periferia das grandes cidades estão em risco alto. (16) Temos uma grande chance de que as classes sociais mais desprotegidas venham a pagar um preço maior pelo acesso facilitado a essas drogas, além de terem um menor acesso ao tratamento público da dependência química.

Em relação ao crime, o argumento pró-legalização também não se sustenta, mesmo quando caminha para os eventuais benefícios de aumento da arrecadação do governo com a venda das drogas, e que isso poderia ser revertido para a sociedade na forma de tratamento ou prevenção. Essa análise de custo/benefício ignora pelo menos dois fatores. Primeiro, subestima o custo elevado da dependência para os indivíduos e suas famílias. (1, 5, 20)

Em segundo lugar, a idéia que a legalização diminuiria o crime não foi discutida com o devido cuidado. A menos que as drogas sejam fornecidas de graça, os usuários deverão continuar pagando por elas. Como a maioria dos usuários de drogas não tem empregos fixos e estáveis, não existe razão para acreditar que muitos deles deixariam de praticar atos criminosos para sustentar o consumo. Além disso, uma parte dos dependentes de drogas começa sua carreira no crime antes mesmo de usar qualquer droga. Uma suposta fonte legal de suprimento de drogas, eventualmente coordenada pelo governo, não mudará os determinantes comportamentais e sociais das pessoas envolvidas no crime. Portanto, qualquer análise de custo/benefício é difícil de ser feita nesta conjuntura, pois a análise dos custos revela-se muito complexa e os benefícios discutíveis muito dificilmente seriam atingidos. (16,17,18)

Mesmo que a equação custo/benefício pudesse ser demonstrada, ainda existe uma última barreira: Ninguém até hoje apresentou um plano operacional da legalização das drogas.

Um aspecto fundamental é: com a criação de taxas e impostos para a venda da droga legalmente seu valor de venda aumentaria em relação aos valores atualmente aplicados. Temos, portanto, uma boa parte de usuários, não dependentes, que possivelmente continuariam propensos a pagar mais no mercado negro, sem o risco de serem identificados. Na realidade com o suplemento público de drogas ainda temos o risco de que parte dessas drogas seja criminalmente desviada para o mercado negro (vide o caso de medicamentos e dos cigarros no Brasil).

Como seria possível garantir que uma parte dessas drogas não fosse repassada para as crianças? Parte dos adultos, que não são dependentes de drogas, poderia ter como motivação comprar a droga para revendê-la a menores de idade, tornando para eles o acesso ainda mais fácil do que hoje.

Existe também o problema da dose. Qual a quantidade que as pessoas poderiam comprar? Se o objetivo é suprir o dependente químico da sua necessidade para eliminar o mercado negro, deveríamos fornecer a quantidade solicitada. Mas, em muitas situações, a quantidade solicitada pode ser grande, pois vários dependentes desenvolvem tolerância às drogas e usam uma quantidade elevada de drogas, o que para outras pessoas significaria o risco de *overdose*. E fornecendo a todos os adultos qualquer dose, o risco de desvio de uma boa parte dessa droga aumentaria ainda mais. Por outro lado, se fornecer uma dose pequena, não eliminaríamos o mercado negro. Além de tudo, continuaríamos sem a devida proteção às crianças. A experiência inglesa, onde por um tempo foi prescrita a heroína para os de-

pendentes, mostrou que além do uso regular da heroína legal os usuários buscavam outra fonte ilegal.

Esses argumentos estão distantes de uma perspectiva puramente moral. Muita gente acha que não deveríamos legalizar as drogas, pois têm uma objeção moral contra o consumo de qualquer droga. Mas também do ponto de vista da saúde pública é muito complicado legalizar as drogas, principalmente em países como o Brasil em que o acesso ao tratamento adequado e de qualidade é limitado a uma pequena parcela da população. A solução é buscar a prevenção e o tratamento baseados em evidências e não somente em ideologias.

8. Redução de Danos

Redução de Danos é uma estratégia da saúde pública que busca controlar possíveis consequências adversas ao consumo de drogas psicoativas, lícitas ou ilícitas, sem, necessariamente, interromper esse uso.

Exemplos de Proposta de Redução de Danos:

- **Álcool:** ingestão de água e líquidos não alcoólicos e de vitaminas do complexo B, nutrição adequada, evitando atividades incompatíveis com embriaguez.
- **Crack:** beber muito líquido; usar cachimbo individual e com filtro; misturar maconha com *crack* ou trocar o *crack* pela maconha.
- **Cocaína:** beber muita água; usar equipamento próprio seja para cheirar ou para se injetar (seringas só individuais e limpas; fracionar as doses; lavar as mãos antes de preparar doses injetáveis; usar água destilada; injetar lentamente para avaliar o efeito).
- **Tabaco:** reduzir o número de cigarros, não usar os “baixos teores” que levam ao con-

sumo de maior número de cigarros para obter a mesma satisfação, com mais risco de câncer; tentar outras fontes de nicotina: adesivos, gomas; elevar a ingestão de alimentos com vitamina C.

A chamada Redução de Danos representa uma mala eclética cheia de propostas políticas. No nível mais geral, esta proposta defende que, se não podemos eliminar as drogas, pelo menos podemos diminuir os danos. A reforma legal não é a prioridade, mas sim a prática concreta. Defende abertamente tolerância com os usuários de drogas, o que se transforma numa descriminalização de fato do uso de substâncias. Busca-se a adesão ao tratamento com todas as alternativas possíveis.

Existem dilemas teóricos e práticos com essa abordagem. Algumas questões permanecem sem resposta: Como medir a diminuição de um dano em relação a outro? Será que diminuindo o dano de alguns e facilitando o uso de muitos, não estaríamos simplesmente somente aumentando o número de usuários?

Ninguém pode ser contra a diminuição de danos na sociedade, pois é exatamente isso que as políticas de drogas buscam. Como objetivo geral, é indiscutível. No entanto, não podemos achar favorável a eventual diminuição do dano de alguns indivíduos, se isso acarretar um excesso de facilitação ao uso de drogas na população em geral, levando a um aumento no número de usuários, tornando-se um problema maior para a sociedade.

O objetivo geral de uma política de redução de danos deveria ser a redução da demanda total de consumo das drogas. Devemos fazer a distinção entre micro e macro redução de danos. De uma forma esquemática a equação é $\text{Dano Total das Drogas} = \text{Média de Dano por Usuário} \times \text{Uso total}$. Em relação ao uso total, temos o número de usuários e a quantidade

que cada um usa. A média de dano por usuário tem dois vetores: o dano causado ao próprio usuário e o dano causado a outras pessoas.

Considerações finais

Foi apresentado um modelo causal de ATOD que identifica domínios que são teoricamente relevantes e empiricamente ligados entre álcool, tabaco e drogas ilícitas. O modelo identifica domínios essenciais que são importantes para a prevenção efetiva. Em muitos casos, alguns destes domínios são mais poderosos que outros e merecem atenção especial.

O domínio mais relevante é a *Disponibilidade Econômica*.

As evidências de pesquisa indicam de forma veemente que, em todas as três categorias de substâncias, o consumo diminui conforme o preço aumenta. Também há forte evidência para a inclusão da *Disponibilidade Comercial* no modelo. Quando há restrições na disponibilidade comercial de ATOD, tanto o consumo quanto os problemas associados diminuem. Há fortes evidências de estudos descritivos do Mercado de drogas ilícitas que demonstram que os esforços para reduzir sua disponibilidade comercial teria impacto semelhante aos obtidos com o álcool e o tabaco.

Referências Bibliográficas

1. Duailibi S, Laranjeira R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.41, n.5 [citado 2010-05-28], pp. 839-848.
2. Babor TF, Caetano R. Evidence-based alcohol policy in the Americas: strengths, weaknesses, and future challenges. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;18(4-5):327-37.
3. Laranjeira R, Romano M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(Supl 1) 68-77.
4. Birckmayer JD, Holder HD, Yacoubian GS, Jr., Friend KB. A general causal model to guide alcohol, tobacco, and illicit drug prevention: assessing the research evidence. *J Drug Educ*. 2004; **34**(2): 121-53.
5. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube J, Gruenewald P, Hill L, Holder H, Homel R, Österberg E, Rehm J, Room R, Rossow I. *Alcohol: no ordinary commodity: The global burden of alcohol consumption*. 2003, Oxford; New York: Oxford University Press. XIV, p 57-92.
6. Holder HD, Reynolds RI. Application of local policy to prevent alcohol problems: experiences from community trial. *Addiction*. 1997;92 (Supl2):285-92.
7. Room R, Jernigan DH, Carlini-Marlatt B, Gureje O, Makela K, Marshall M, et al. Alcohol and the developing world: a public health perspective. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies; 2002. (Finnish Foundation for Alcohol Studies series, WM 274 2002AL).
8. Jones-Webb R, Toomey T, Miner K, Wagenaar AC, Wolfson M, Poon R. Why and in what context adolescents obtain alcohol from adults: a pilot study. *Subst Use Misuse*. 1997;32(2):219-28.
9. Kenkel DS. Drinking, driving and deterrence: the effectiveness and social costs of alternative policies. *J Law Econ*. 1993;36(2):877-913.
10. Holder HD, Reynolds RI. Application of local policy to prevent alcohol problems: experiences from community trial. *Addiction*, 2010; 285-92.

11. Hurst PM, Harte D, Frith WJ. The Grand Rapids dip revisited. *Accid Anal Prev.* 1994;26(5):647-54.
12. Chaloupka FJ, Grossman M, and Saffer H, The Effects of Price on the Consequences of Alcohol Use and Abuse, *Recent Developments in Alcoholism*, 14, pp. 331-346, 1998.
13. Hyatt Jr. RR, Rhodes W. The Price and Purity of Cocaine: The Relationship to Emergency Room Visits and Death, and to Drug Use among Arrestees, *Statistics in Medicine*, 14, pp. 655-668, 1995.
14. Saffer H, Chaloupka F. The Demand for Illicit Drugs, *Economic Inquiry*, 37:3, pp. 401-411, 1999.
15. Duailibi S, Pinsky I, Laranjeira R. Prevalência do beber e dirigir em Diadema, estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.41, n.6 [citado 2010-05-28], pp. 1058-1061.
16. Pacula RL. Does Increasing the Beer Tax Reduce Marijuana Consumption? *Journal of Health Economics*, 17, pp. 557-585, 1998.
17. Wagenaar AC, Holder HD. Effects of alcoholic beverage server liability on traffic crash injuries. *Alcohol Clin Exp Res.* 1991;15(6):942-7.
18. Duailibi S, Pinsky I, Laranjeira R. Prevalência do Beber e Dirigir em Diadema –SP. *Rev Saude Publica.* 2007;41(5).
19. Duailibi S, Ponicki W, Grube J, Laranjeira R. Does restricting opening hours reduce alcohol related violence? *Am J Public Health.* 2007; 97(12).
20. Rivers L, Norris A, McGarrell E. Mental Model of the Drug Market Intervention. School of Criminal Justice, and Environmental Science and Policy Program Michigan State University 560 Baker Hall East Lansing, MI 48824

C A P Í T U L O

45

Políticas públicas de enfrentamento
ao tabagismo.

Sandra Marques

Programa Nacional de Controle ao Tabagismo - PNCT

O reconhecimento de que a expansão do tabagismo é um problema mundial fez com que, em maio de 1999, durante a 52ª Assembleia Mundial da Saúde, os estados membros das Nações Unidas propusessem a adoção do primeiro tratado internacional de saúde pública da história da humanidade. Trata-se da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco que entrou em vigor em fevereiro de 2005 após ter completado 40 ratificações. Esse Tratado determina um conjunto de medidas, cujo objetivo precípua, entre outros, é deter a expansão do consumo de tabaco, ou seja, sua oferta e demanda. O Brasil Houve uma participação de destaque durante todo o processo de negociação do Tratado e foi o segundo país a assiná-lo. O objetivo da Convenção-Quadro é:

- Proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco, a serem implementadas pelas Partes nos níveis nacional, regional e internacional, a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco.

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco visa conter a epidemia do tabagismo em todo o mundo. Sua ratificação pelo Brasil se deu em 2005 através do Decreto Legislativo n.º 1012/2005, e sua implementação nacional ganhou o status de Política de Estado e o cumprimento de suas medidas e diretrizes tornou-se uma obrigação legal do governo brasileiro com a promulgação da Convenção-Quadro pelo Presidente da Re-

pública através do Decreto n.º 5658 em 2 de janeiro de 2006.

As medidas relacionadas à demanda estão contidas nos **artigos 6 a 14** e envolvem aumento de preços e impostos sobre produtos de tabaco como instrumento para prevenção e redução do tabagismo (artigo 6.º); proteção contra os riscos da exposição à fumaça do tabaco (artigo 8.º); regulamentação do conteúdo e emissões dos produtos de tabaco com o enfoque da redução dos danos causados por esses produtos (artigo 9.º); regulamentação da divulgação das informações sobre os produtos de tabaco (artigo 10.º); regulamentação da embalagem e etiquetagem dos mesmos (artigo 11.º); educação, comunicação, treinamento e conscientização do público (artigo 12.º); proibição de publicidade, promoção e patrocínio dos produtos de tabaco (artigo 13.º) e promoção da cessação do tabagismo (artigo 14.º).

Já as medidas relacionadas à oferta estão contidas nos artigos 15-17 e envolvem o combate ao comércio ilícito de produtos de tabaco como forma de recuperar perdas tributárias e sobretudo reduzir o acesso dos jovens e da população de baixa renda aos produtos de baixo preço fornecidos pelo mercado ilegal; a proibição da venda a menores de idade ou por eles; promoção e apoio a atividades alternativas economicamente viáveis à produção de fumo, na perspectiva de um desenvolvimento sustentável.

Também dispõe sobre: questões de proteção à saúde do trabalhador e ao meio-ambiente relacionadas à produção de fumo e derivados (artigo 18.º).

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) desenvolve papel importante como Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS) na América Latina, cujo objetivo é estimular e apoiar políticas e atividades de controle do ta-

bagismo nessa região e na implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.

Logo após a assinatura do Tratado pelo Brasil, o Presidente da República, através de Decreto de 1.º de agosto de 2003, criou a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro, a CONICQ, composta por 18 áreas do governo federal.

A Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco-CONICQ é presidida pelo Ministro da Saúde e integrada por representantes de cada um dos órgãos a seguir indicados, conforme Decreto S/Nº de 16 de março de 2012):

- I. Ministério da Saúde;
- II. Ministério das Relações Exteriores;
- III. Ministério da Fazenda;
- IV. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão;
- V. Casa Civil da Presidência da República;
- VI. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento;
- VII. Ministério da Justiça;
- VIII. Ministério da Educação;
- IX. Ministério do Trabalho e Emprego;
- X. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior;
- XI. Ministério do Desenvolvimento Agrário;
- XII. Ministério das Comunicações;
- XIII. Ministério do Meio Ambiente;
- XIV. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação;
- XV. Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República;
- XVI. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça;
- XVII. Advocacia-Geral da União; e
- XVIII. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

(Secretaria Executiva da CONICQ: Instituto Nacional de Câncer- INCA)

Determinou, ainda, que compete à Comissão assessorar o governo brasileiro nas decisões relativas à formulação das políticas nacionais para ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e no efetivo cumprimento das obrigações nela previstas, articular a organização e a implementação de agenda governamental intersetorial para o cumprimento das obrigações previstas na Convenção-Quadro, entre outras. Além disso, atribuiu ao INCA a função de Secretaria-Executiva da CONICQ, fortalecendo ainda mais o papel do Instituto na Política Nacional de Controle do Tabaco.

Diversas áreas do INCA contribuem para o avanço da Política, a Direção-Geral/Secretaria-Executiva da CONICQ, a Divisão de Controle do Tabagismo, de Epidemiologia, de Comunicação, a Área de Câncer Ocupacional e Ambiental e o Departamento de Pesquisa do Instituto desenvolvem ações e programas de alcance nacional e reconhecimento mundial no controle do tabaco.

São atribuições da Secretaria-Executiva da Comissão Nacional: (I) planejar e organizar reuniões periódicas de seus integrantes; (II) promover e facilitar o intercâmbio de informações entre organizações e órgãos competentes como meio de fortalecer a implementação nacional da Convenção-Quadro; (III) monitorar a implementação nacional das obrigações constantes da Convenção-Quadro; e (IV) preparar relatórios regulares das atividades da Comissão Nacional, e sobre a implementação das obrigações da Convenção-Quadro no País.

A Divisão de Controle do Tabagismo desempenha importante papel na coordenação nacional para implementação das medidas da Convenção-Quadro no SUS, pois é responsável pela coordenação e execução do Programa Nacional de Controle do Tabagismo que englobam o tratamento do tabagis-

mo no SUS, ações educativas e de promoção de ambientes livres.

A Divisão de Epidemiologia contribui com o sistema nacional de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis (DANT) e seus fatores de risco, sistema de vigilância de câncer, a realização de inquéritos periódicos sobre tabagismo e de grandes inqué-

ritos nacionais, permitido visualizar a situação do tabagismo no Brasil e seu impacto sobre a saúde. As principais pesquisas no Brasil são: VIGITEL, PETab, PENSE, Levantamento Nacional sobre Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino.

428 PESSOAS MORREM POR DIA

no Brasil por causa do tabagismo.

56,9 BILHÕES DE REAIS SÃO PERDIDOS A CADA ANO

devido a despesas médicas e perda de produtividade devido ao tabagismo.

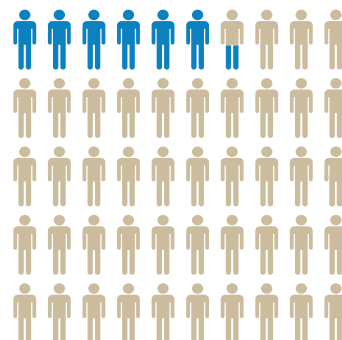
MORTES ANUAIS ATRIBUÍVEIS AO TABAGISMO

As informações exibidas aqui são parte de uma pesquisa colaborativa coordenada pelo Departamento de Avaliação de Tecnologias em Saúde e Economia da Saúde do IECS e conduzido por uma equipe de mais de 40 pesquisadores e formuladores de políticas de saúde de universidades, centros de pesquisa e instituições públicas da Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Honduras, México, Paraguai, Peru e Uruguai. Um modelo matemático foi utilizado para estimar as probabilidades que as pessoas têm de adoecer ou morrer de cada uma das doenças associados com o tabagismo. Os dados são de 2015 e referem-se às pessoas com mais de 35 anos.



12,6%

DE TODAS AS MORTES QUE OCORREM NO PAÍS SÃO ATRIBUÍVEIS AO TABAGISMO



156.216

MORTES PODERIAM SER EVITADAS A CADA ANO

R\$56.898.155.567

É O CUSTO PARA O BRASIL

DEVIDO A DESPESAS MÉDICAS E PERDA DE PRODUTIVIDADE ATRIBUÍVEIS AO TABAGISMO



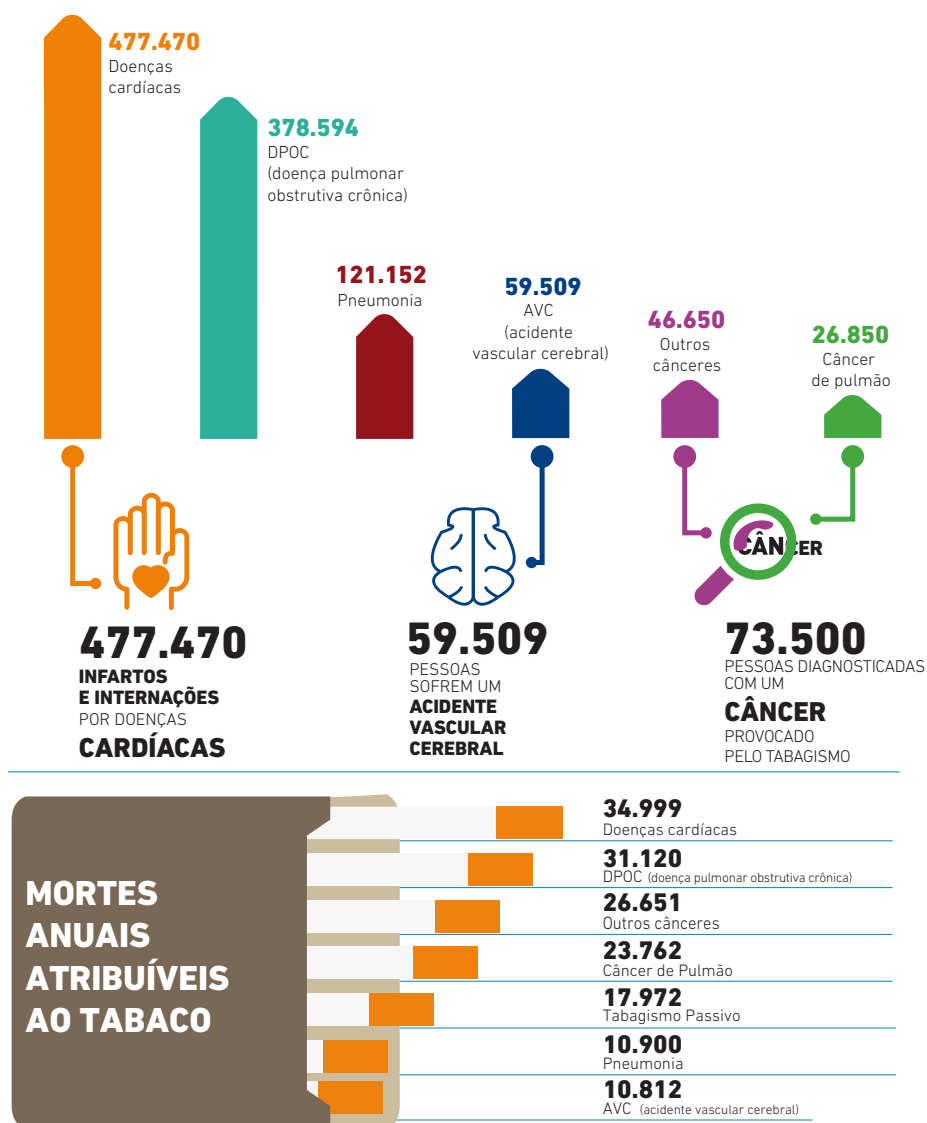
No Brasil, o tabagismo é responsável por 428 mortes por dia e custa 57 bilhões de reais aos cofres públicos todos os anos com despesas médicas e perda de produtividade. A arrecadação de impostos sobre a venda de cigarros não cobre $\frac{1}{4}$ dos valores gastos no SUS com as doenças tabaco relacionadas.

Se a tendência atual continuar, em 2030 o tabaco matará cerca de 8 milhões de pessoas no mundo por ano sendo que, 80%

dessas mortes ocorrerão nos países da baixa e média renda.

Como resultado das importantes ações de controle do tabaco desenvolvidas, a prevalência de tabagismo vem diminuindo ao longo dos anos. Em 1989 o percentual de fumantes de 18 anos ou mais no país era de 34,8%. Já em 2013, de acordo com pesquisa mais recente para essa mesma faixa etária em áreas urbanas e rurais, este número caiu para 12,6%.

PESSOAS QUE ADOECEM POR CAUSAS ATRIBUÍVEIS AO TABACO



O tabagismo é uma das maiores causas relacionadas às doenças circulatórias, respiratórias, e cânceres no Brasil, conforme quadro.

Rede de Tratamento do tabagismo no SUS

O INCA é o órgão do Ministério da Saúde responsável pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e pela articulação da Rede de Tratamento do Tabagismo no SUS, em parceria com Estados e Municípios e Distrito Federal. A Rede foi organizada, pela articulação da Rede de Tratamento do Tabagismo no SUS, seguindo sua lógica de descentralização para que houvesse o gerenciamento regional do Programa tendo como premissa a intersetorialidade e a integralidade das ações.

Atualmente, nos 26 estados da Federação e no Distrito Federal, as secretarias estaduais de Saúde possuem coordenações do Programa de Controle do Tabagismo que, por sua vez, descentralizam as ações para seus respectivos municípios, atuando de forma integrada.

Assim, o tratamento de tabagismo no Brasil é desenvolvido com base nas diretrizes do PNCT que está sob a coordenação e gerenciamento da Divisão de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco do INCA e do Ministério da Saúde.

- As ações educativas, legislativas e econômicas desenvolvidas no Brasil vêm gerando uma diminuição da aceitação social do tabagismo, fazendo com que um número cada vez maior de pessoas queira parar de fumar, evidenciando a importância de priorizar o tratamento do fumante como uma estratégia fundamental no controle do tabagismo.

Programa Estadual de Controle do Tabagismo – PECT – SP

O estado de São Paulo possui cerca de 45 milhões de habitantes, sendo que a capital já ultrapassou a casa dos 12 milhões.

A partir da publicação da Portaria n.º 2103/GM, em 19 de novembro de 2002, o CRATOD foi habilitado junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), como Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPSAD), atendendo as diretrizes da Portaria n.º 336/GM, em 19 de fevereiro de 2002, c.c. a Portaria n.º 189/GM, em 20 de março de 2002, agregando assim às suas finalidades iniciais outras características de atendimento.

Em 2004, com a edição da Portaria n.º 1.035/GM/MS, de 31 de maio e a Portaria SAS n.º 442, de 13 de agosto de 2004 (posteriormente revogadas pelo Portaria GM/MS n.º 571, de 05 de abril de 2013), a Secretaria de Estado da Saúde, assume a função de Coordenação Estadual do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), com a missão de capacitar, organizar e manter o Programa junto aos municípios paulistas, ficando o CRATOD responsável pela organização da Rede de Tratamento do Tabagismo.

A coordenação do Programa se faz através da Coordenação Estadual que cumpre um papel administrativo com apoio da Assistência Farmacêutica.

São atribuições da Coordenação Estadual:

- 1-Promover o operacional da capacitação dos profissionais para tratamento do tabagismo(local, materiais e suporte).**

2-Realizar o credenciamento das unidades.

Requisitos para credenciamento de unidades:

- Ser unidade do Sistema Único de Saúde;
- Ser unidade de saúde livre de tabaco;
- Ter CNES (cadastro nacional de estabelecimentos de saúde atualizado);
- Ter profissionais de saúde de nível superior com curso de capacitação para abor-

dagem intensiva do fumante, promovido pelo INCA/MS;

- Ter sala para atendimento clínico individual;
- Ter sala para atendimento grupal;
- Possuir esfignomanômetro, estetoscópio e balança antropométrica;
- Apresentar o projeto de credenciamento no formato recomendado pela Coordenação Estadual – Apresentação do grupo e estrutura, estimativa de atendimentos.

3- Orientar , supervisionar e manter atualizada a rede credenciada (CNESS – cadastro nacional de estabelecimentos de saúde).

Governo do Estado de São Paulo Secretaria de Estado da Saúde

Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS)
Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas (CRATOD)
Rua Prates, 165 – Bom Retiro – SP – SP CEP: 01121-000 – Fone PABX: (11) 3329-4455
julho- 2017 indicador recomeço

Série histórica: Programa Nacional de Controle ao Tabagismo Série histórica: Ações estaduais realizadas pelo CRATOD

Período: 2005 a 2017

PNCT	Total de 2005 a 2011	Total até 2012	Total até 2013	Total até 2014	Total até 2015	Total até 2016	Total até 2017
Capacitações	38	45	52	58	62	67	74
Municípios capacitados	198	295	337	426	474	503	581
Unidades capacitadas	451	750	923	1306	1582	1673	1805
Profissionais capacitados	1870	2518	3053	4446	5469	5756	6021
Unidades Credenciadas	158	221	328	467	592	724	745
Unidades em atendimento	137	224	318	467	592	610	631

Gestão Estadual (2012-2015)	Total de 2005 a 2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Capacitações		7	7	6	4	8	6
Municípios capacitados		97	42	89	48	144	78
Unidades capacitadas		299	173	383	276	184	132
Profissionais capacitados		648	535	1393	1023	294	265
Unidades Credenciadas		63	107	102	162	163	21
Unidades que iniciaram o atendimento		87	94	112	162	127	21

Fonte : Coordenação Estadual do Programa no CRATOD.

O estado possui 745 unidades credenciadas sendo que destas, 631 estão em atendimento.

4- Realizar a avaliação dos indicadores dos grupos de tratamento, seguindo os critérios do protocolo de diretrizes terapêuticas:

Planilhas de Informações

Trimestralmente, as coordenações municipais e Departamentos Regionais de Saúde devem enviar à Coordenação Estadual, a planilha de informações do tratamento do tabagismo para o conhecimento dos indicadores de cessação do hábito de fumar, abandono da terapia e uso de medicamentos que fazem parte do programa.

É importante destacar que, ao ingressar no programa de tratamento do tabagismo, as gestões de diversas instâncias assumem o compromisso da organização e implantação

das ações para o cuidado da pessoa tabagista.

O tratamento inclui avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e, se necessário, terapia medicamentosa juntamente com a abordagem intensiva. O Ministério da Saúde disponibiliza todos os materiais de apoio e medicamentos utilizados para esse fim, como formas de adesão ao tratamento do tabagismo pelos municípios, além de definir o financiamento dos procedimentos a serem utilizados.

Com a publicação da Portaria nº 1.035/GM/MS de 31 de maio de 2004 e a Portaria nº 442/SAS/MS de 13 de agosto de 2004, junto com seus anexos (Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS, e Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina), houve o reconhecimento do tabagismo como dependência e, o tratamento foi ofertado no SUS.

Essas duas portarias foram revogadas após a publicação da Portaria nº 571/GM/

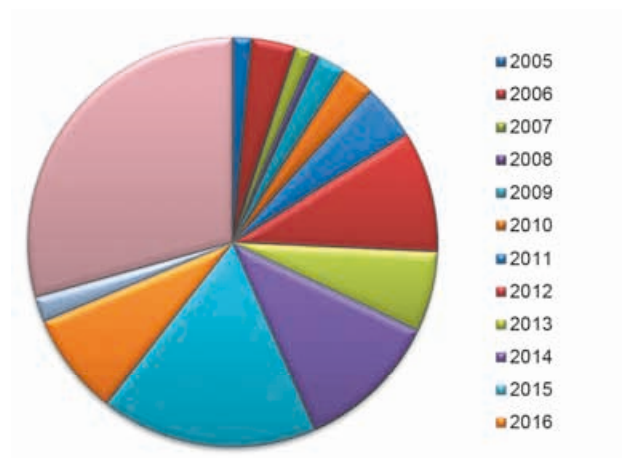
MS de 05 de abril de 2013, que consistiu em ampliar a capilaridade do atendimento, estendendo o tratamento à Atenção Básica. Considerando que até o presente momento não foi publicado um novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina à Rede de Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS, a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) publicou no Diário Oficial da União (DOU) do dia 22 de junho de 2016, a Portaria nº 761/SAS/MS de 21 de junho de 2016, que valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina- Anexo II da Portaria nº 442/SAS/MS de 13 de agosto de 2004. Este protocolo terá vigência até que seja publicado um novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina, em fase de elaboração, adequado às orientações metodológicas e aprovado pela CONITEC.

A visão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo se faz através dos Departamentos Regionais de Saúde - DRS, atendendo ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Por meio deste Decreto, o Estado foi dividido em 17 Departamentos de Saúde, que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil.

Dessa maneira, as DRSs colaboram na articulação do Programa em suas regionais, dando o apoio e realizando as pactuações necessárias com a Coordenação Estadual para a implementação do programa nos municípios.

O mapa apresentado a seguir, mostra a divisão do Estado nos Departamentos Regionais de Saúde.

Unidades Credenciadas por Ano



Unidades pro DRS



Nota-se que houve um grande adesão dos municípios após a Portaria 571/GM/MS de 05 de abril de 2013 até o presente momento.

Assistência Farmacêutica

A farmácia é responsável pela distribuição dos medicamentos para todo o estado mediante consolidação das informações geradas pelos municípios de São Paulo quanto ao tratamento realizado por trimestre e à demanda de tabagistas a serem tratados nas unidades credenciadas no programa.

Medicamentos e materiais de apoio que fazem parte do Programa de Tabagismo

- Bupropiona 150 mg;
- Nicotina 2 mg goma;
- Nicotina 7 mg adesivo;
- Nicotina 14 mg adesivo;
- Nicotina 21 mg adesivo;

Planilhas de Informações

Trimestralmente, as coordenações municipais e Departamentos Regionais de Saúde devem enviar à Coordenação Estadual, a planilha de informações do tratamento do tabagismo para o conhecimento dos indicadores de cessação do hábito de fumar, abandono da terapia e uso de medicamentos que fazem parte do programa.

Datas Comemorativas

- **O Dia Mundial sem Tabaco**, comemorado anualmente em 31 de maio, foi criado em 1987 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como um alerta sobre as doenças e mortes evitáveis relacionadas à dependência.
- **O Dia Nacional de Combate ao Fumo**, criado em 1986 e comemorado anualmente em 29 de agosto, tem como objetivo reforçar as ações nacionais de sensibilização e mobilização da população brasileira para

os danos sociais, políticos, econômicos e ambientais causados pelo tabaco. Esta foi a primeira legislação em âmbito federal relacionada à regulamentação do tabagismo no Brasil, inaugurando a normatização voltada para o controle do tabagismo como problema de saúde coletiva.

Legislação

Lei nº 13541, de 7 de maio de 2009, Lei Anti Fumo no Estado de SP, teve um papel fundamental na questão do tabagismo passivo, diminuindo a exposição ambiental à fumaça do tabaco e apoiando ambientes 100% livres de tabaco. **Lei AntiFumo, Decreto 8262/2014 (12/2014), Presidência da República**, Lei federal para todos os estados do Brasil.

Há vários projetos de Lei aprovados em relação à publicidade e venda de produtos derivados de tabaco, e também para a retirada de aditivos nos cigarros, no intuito de diminuir a atratividade de crianças e adolescentes para a prevenção da iniciação.

É importante salientar que as orientações do PNCT estão de acordo com as principais diretrizes internacionais relacionadas ao tratamento do tabagismo.

Dessa forma, o SUS oferece ao fumante brasileiro que deseje parar de fumar um tratamento adequado, com metodologia embasada em evidências científicas.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19294.htm Acesso em: 13/11/2013.

2. Paiva FS, Ronzani TM. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 14, n.1, p.177-183, jan/mar. 2009.
3. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Indicadores Sociais. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. VIGESCOLA. Vigilância de Tabagismo em Escolares. Realizado no Brasil, entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS/Nº 1.575 de 29 de agosto de 2002. Diário Oficial da União de 03 de setembro de 2002, Brasília, Distrito Federal.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS/Nº 1.035 de 31 de maio de 2004. Diário Oficial da União de 01 de junho de 2004, Brasília, Distrito Federal.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS/Nº 442 de 13 de agosto de 2004. Diário Oficial da União de 16 de agosto de 2004, Brasília, Distrito Federal.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 571 de 05 de abril de 2013. Diário Oficial da União de 08 de abril de 2013, p. 56 e 57. Brasília, Distrito Federal.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante, Rio de Janeiro, 2001.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Divisão de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, 2005 – Deixando de Fumar sem Mistérios – Manual do Coordenador, Rio de Janeiro.
11. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al, 2008. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Update.
12. Mirra AP, Meirelles RHS, Godoy I, Issa JS, Reichert J, et al. Tabagismo. Primeiras Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar – Agência Nacional de Saúde Suplementar; Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, Rio de Janeiro, 2009.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde – BRATS, ano V, n. 12, 2010.

C A P Í T U L O

46

Núcleo de Pesquisas do Centro
de Referência de Álcool, Tabaco
e Outras Drogas - NuPe CRATOD

Marcelo Ribeiro
Cláudio Jerônimo da Silva
Sérgio Duailibi
Quirino Cordeiro
Alisson Paulino Trevizol
Ariadne Ribeiro
Luciane Ogata Perrenoud
Sônia Maria Motta Palma
Ronaldo Laranjeira

O panorama brasileiro

O consumo de substâncias psicoativas é um grave problema de saúde pública, responsável por cerca de 10% de todas as morbidades (2010), sendo a principal causa de perda de anos de vida no mundo (1). Dentro do panorama brasileiro, o álcool e a cocaína figuram entre as substâncias responsáveis pela maior demanda por tratamento entre os usuários de substâncias psicoativas (2).

No Brasil, 25% dos adultos - cerca de 32 milhões de pessoas - apresentam algum problema relacionado ao uso de álcool, sendo 9% desses dependentes - cerca de 11 milhões de brasileiros (3, 4). Apesar da maioria da população ser abstêmia (48%), o consumo de álcool está altamente concentrado em um grupo restrito de bebedores pesados: 2,5% desses consomem 15% do álcool vendido no país ou 10% dos bebedores mais pesados, consomem 45% do mercado nacional de bebidas (4). Dentre a população adolescente, metade consumiu álcool no último ano e um terço são bebedores regulares (5).

Além disso, o país consome anualmente um terço de toda a cocaína destinada ao mercado sul-americano (6) e é hoje o maior consumidor de crack do mundo (Abdalla et al, 2014). Entre 2004 e 2010, o volume das apreensões dessa droga no Brasil triplicou (7). De acordo com o II LENAD (8), 2,2% da população brasileira entre 15 – 64 anos utilizou algum tipo de droga derivada da cocaína nos últimos 12 meses – 1,7% dos brasileiros (2,5 milhões de habitantes) utilizaram cocaína intranasal, sendo essa forma de consumo

cinco vezes maior entre os homens (2,9); o consumo de cocaína fumada (crack, merla ou pasta base) no último ano atingiu 0,8% dos residentes do país entre 15 e 64 anos (1,15 milhão de habitantes).

Quarenta e um por cento daqueles que consumiram cocaína no último ano apresentaram em algum momento os critérios diagnósticos para dependência dessa droga (8). Além disso, a associação entre o consumo de cocaína/crack e a presença de comorbidades e de prejuízos cognitivos, de envolvimento em atividades ilegais e de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) já foram adequadamente documentados no Brasil (9).

A cracolândia

O Brasil tem 370 000 usuários regulares de crack que vivem nas 26 capitais de estado e Distrito Federal, e aproximadamente 80% desses usam a droga em locais públicos (2). Em São Paulo, a maior região metropolitana do Brasil (20,3 milhões de habitantes), existem inúmeras cenas de uso de drogas a céu aberto. A Cracolândia é a mais antiga (1989) e mais densamente povoada, com 500 residentes e mais de 2000 visitantes regulares [3,4], está localizado no centro da cidade de São Paulo próximo a estação ferroviária principal (estação da Luz) (9).

A economia e a organização da Cracolândia são controladas principalmente pelo tráfico local de drogas e atividades ligadas ao uso de drogas, como venda de objetos roubados e prostituição. O desemprego e a

privação social também contribuem para o uso aberto e livre de drogas nesta área [4,5].

O CRATOD

O Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD), é uma unidade criada pelo Decreto nº 46.860, de 25 de junho de, tendo entre as suas finalidades, (1) constituir-se como referência para a definição de políticas públicas para promoção de saúde, prevenção e tratamento dos transtornos decorrentes do uso indevido de álcool, tabaco e outras drogas; (2) desenvolver conhecimento e tecnologia dentro dessa área; (3) oferecer modelos de cuidado e de atendimento multidisciplinar de qualidade; (4) além de desenvolver e coordenar programas, cursos, projetos de capacitação, treinamento ou aperfeiçoamento de recursos humanos, em consonância com sua especificidade. Todas essas ações devem se estruturar de forma articulada e integrada com as demais unidades pertencentes ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Desse modo, pensando em alcançar os objetivos estabelecidos acima e diante do panorama atual do país, a necessidade da organização de um núcleo de pesquisas se tornou imprescindível para que fosse possível traçar o perfil dos heterogêneos usuários dentro de variados contextos sociais e objetivando sistematizar os diversificados bancos de dados advindos dos atendimentos realizados no CRATOD, com o escopo de de-

envolver conhecimento científico suficiente para embasar políticas públicas e programas de tratamento e prevenção.

NuPe: a necessidade de um núcleo de pesquisa dentro do CRATOD

O Núcleo de Pesquisas (NuPe) do Centro de Referência de álcool, tabaco e outras drogas (CRATOD) deu início às atividades científicas em Janeiro de 2017. É dirigido pelo pesquisador Marcelo Ribeiro, professor-doutor associado da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), e composto por pesquisadores e alunos de iniciação científica, mestrados, doutorandos e pós-doutorandos de diferentes áreas da saúde e ciências humanas, envolvidos em estudos na área de dependências químicas e não-químicas. São conduzidos estudos observacionais visando a epidemiologia das adições e o fornecimento de dados para o desenvolvimento de políticas públicas em saúde mental, e o estudo das comorbidades associadas.

Estudos demonstram que outros quadros como o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) levam ao início mais precoce do uso/abuso de substância, maior gravidade do quadro e menor adesão ao tratamento(10). O NuPe propõe com os estudos desenvolver novos tratamentos para transtornos de uso de substâncias e transtornos dos impulsos, como novas técnicas de neuromodulação.

O CRATOD buscará estabelecer parcerias e intercâmbios com a Harvard Medical School, a TH Chan School of Public Health, a UCLA, a NYCU, a University of Western Australia, a Monash University, o South Australia Heal-

th and Medical Research Institute, a University of New South Wales e o Kings College of London.

Além dos estudos em neuromodulação, apresentamos os principais estudos em andamento:

Estudos em andamento pelo NuPe

Atualmente, o NuPe tem 46 projetos de pesquisa em andamento (Tabela 1).

Tabela 1: Projetos em andamento	
Coorte CRATOD	Banco de dados de abordagem de rua CRATOD
Adulterantes CRATOD	Dados do CT Santa Carlota
Perfil dos egressos de audiência de custódia	Programa Recomeço Família - Perfil dos familiares
Violência na infância e uso de crack	Adesão dos egressos de audiência de custódia
HIV e DST	Validação de escala de suicídio
Internações Involuntárias de 2016	Trajetórias CTs Recomeço
Dados NIDA	Programa Recomeço Família - Rebordagem
Admissão e readmissão CRATOD	Descrição odontologia CRATOD
25 anos de crack	Empregabilidade crack prótese dentária
Pais de usuários de crack de 2012	Cognição em uso crônico de álcool e PET
Sintomas Psicóticos em Crack	Food Craving taVNS
Escalonamento das drogas	História da Cracolândia
Atualização coorte de Taipas 31 anos (N=131)	Dependência em Internet
MA Craving NIBS	Seguimento da moradia monitoria
Educação Física CRATOD	Adolescentes LACAN
Moradia monitorada	DSTs internações 2016 CRATOD
Bateria de samba	Perfil dos conselheiros
Internações Involuntárias de 2017	Implanon e HIV+ CRATOD
Criminalidade no crack	Implanon e passagem por PS GO
Banco de altas (N=133)	Gestantes LACAN
Coorte de 107 pacientes DSTs	Heroína CRATOD
Pacientes prioritários CRATOD	MA Craving NAC
Banco de dados triagem especialização CRATOD	Protocolo de Estudo taVNS Food Craving
Comorbidades - LACAN	Dependência de Internet

Resultados Relevantes

Ribeiro, A., Ribeiro, M.,¹Oluwoye, O., McPherson, S., McDonnell, M.G., Briese, V., Trevizol, A.P., Frajzinger, R., Karasin, A., A.L.S. Alonso, Jerônimo, C., Miguel, A.C. Laranjeira, R.R., Madruga, C.S. HIV and Syphilis Rates and Associated Factors Among Addiction Treatment Patients from “Cracolândia” Sao Paulo Brazil’s submetido à *Aids & Behaviour* ISSN: 1090-7165 Print 1573-3254 Online 7/7/2017 not yet published

Ribeiro, M. Ribeiro, A. Trevizol, A.P. Perrenoud, L.O. Palma, S.M. Cordeiro, Q. Laranjeira, R. The Arrive of Heroin at “Cracolândia” Sao Paulo Brazil’s. Submetido

à *Revista Brasileira de Psiquiatria* ISSN 1516-4446 1809-452X – not yet published

Ribeiro, M. Trevizol A.P. Ribeiro, A. Frajzinger, R. Speierl, H. Lima, L.P. Andreus, M. Tasanaclis, L. Perrenoud, L.O. Palma, S.M. Cordeiro, Q. Laranjeira, R.R. Adulterants in “Cracolândia”’s Crack Cocaine. Submetido à *Revista de Saúde Pública - Manuscript ID RSP-2017-0344*. ISSN 1518-8787

Carmo, D.A. Palma, S.M. Trevizol, A.P. Ribeiro, A, Silva, C.J. Ribeiro, M. Laranjeira, R.R. The Recovery Housing Program: A new perspective of public health policy for addictions in Brazil Manuscript ID *Trends – 2017-0084* ISSN 2237-6089 2238-0019 – not yet published

Referências Bibliográficas

1. Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS ONE*. 2015;10(2):e0116820.
2. Ribeiro M, Perrenoud LO, Duailibi S, Duailibi LB, Madruga C, Marques ACPR, et al. The Brazilian Drug Policy Situation: The Public Health Approach Based on Research Undertaken in a Developing Country. *Public Health Reviews*. 2013;35(2):7.
3. Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Caetano R. Alcohol use patterns among Brazilian adults. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*. 2010;32.
4. Caetano RIP, Laranjeira R. Should soccer and alcohol mix? Alcohol sales during the 2014 World Soccer Cup games in Brazil. *Addiction*. 2012;107.
5. Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Laranjeira R, Caetano R. Patterns of alcohol use among Brazilian adolescents. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*. 2010;32.
6. UNODC UNODC. *World Drug Report–2010*. Vienna: United Nations; 2010.
7. Crime UNODa. UNODC Global Consultation on Prisons and HIV - Summary 2014.
8. Abdalla RR, Madruga CS, Ribeiro M, Pinsky I, Caetano R, Laranjeira R. Prevalence of cocaine use in Brazil: data from the II Brazilian national alcohol and drugs survey (BNADS). *Addictive behaviors*. 2014;39(1):297-301.
9. Duailibi L, Ribeiro M, Laranjeira R. [Sociodemographic study with crack users from Luz District–downtown São Paulo City (“Cracolândia”)]2013.
10. Palma SM, Natale AC, Calil HM. A 4-Year Follow-Up Study of Attention-Deficit Hyperactivity Symptoms, Comorbidities, and Psychostimulant Use in a Brazilian Sample of Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Front Psychiatry*. 2015;6:135.

11. Trevizol AP, Shiozawa P, Cook IA, Sato IA, Kaku CB, Guimaraes FB, et al. Transcranial Magnetic Stimulation for Obsessive-Compulsive Disorder: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. *The journal of ECT*. 2016;32(4):262-6.
12. de Almeida Ramos R, Tair I, Trevizol AP, Shiozawa P, Cordeiro Q. Effect of a Ten-Day Prefrontal Transcranial Direct Current Stimulation Protocol for Crack Craving: A Proof-of-Concept Trial. *The journal of ECT*. 2016;32(3):e8-9.

C A P Í T U L O

47

A Gestão de Finanças, Patrimônio
e RH no CRATOD

Magda de Oliveira Vieira
Susy Abgail dos Santos
Fátima Aparecida Melo Santos

A gestão de finanças.

Para realizar uma compra, executar uma ação ou atividade a primeira pergunta que todo mundo faz é “temos recursos financeiros disponíveis”? No Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras drogas - CRATOD não é diferente. Para que o centro funcione e atenda com qualidade e eficiência a Gestão de Finanças precisa estar em consonância com todas as diretorias. Desde que o CRATOD foi criado a gestão orçamentária vem aperfeiçoando-se ano a ano e acompanhando a evolução da Nova Gestão Pública. Diferentemente de outras Secretarias, a gestão orçamentária e financeira é realizada por meio de sistema informatizado no qual é possível o planejamento orçamentário, o acompanhamento e a execução financeira de forma integrada.

Por meio da elaboração e execução orçamentária, o dirigente governamental pode ter ampla visão da qualidade da aplicação dos recursos públicos, o que lhe dá maior poder para corrigir rumos e aperfeiçoar, a cada ano, o alinhamento das ações com os objetivos e as circunstâncias do contexto do Estado, bem como verificar a coerência do gasto... (Oliveira; Galvão, 2009, p. 204) (1)

A partir de 2012 com a implantação do Programa Recomeço ocorreu uma evolução do gasto versus evolução orçamentária.

Pontos críticos

Os principais pontos críticos na gestão de finanças são:

- Excesso de burocracia;
- Planejamento;
- Mudança de cultura organizacional;
- Gestão de Pessoas

Desafios

Com o advento da Nova Gestão Pública, com ênfase na Lei de Responsabilidade Fiscal, pode-se dizer que a forma de planejar tem evoluído para um modelo cujos resultados voltam-se para a sociedade, a partir da ação do governo, com base nas necessidades e demandas do cidadão (2). Assim, podemos dizer que, um dos principais desafios para administração pública é se adaptar a essas novas exigências, que, exigem profundas mudanças em relação aos processos de gestão.

Dessa forma, é importante ressaltar que o ato de planejar é fundamental para a racionalização de qualquer gestão.

Por meio da elaboração e execução orçamentária, o gestor pode ter ampla visão da qualidade da aplicação dos recursos públicos, o que lhe dá maior poder para corrigir rumos e aperfeiçoar, a cada ano, o alinhamento das ações com os objetivos e as circunstâncias do contexto do Estado. (2)

A gestão Patrimonial

A Gestão Patrimonial compreende um conjunto de processos, metodologias e metas para o correto controle e administração do patrimônio público, envolvendo uma fase importante que deve ser ressaltada: a conscientização dos usuários sobre a importância da preservação dos bens públicos.

O CRATOD Núcleo de Administração Patrimonial tem como missão oferecer infraestrutura aos diversos setores do CRATOD, tendo como foco a prestação de serviços com qualidade, visando conservar o patrimônio público e suas instalações, mantendo cadastros e informações atualizadas.

Antes de sua criação em 2002, a edificação onde hoje está instalado o CRATOD, abrigava o NGA-10 (Núcleo de Gestão Assis-

tencial). O prédio apresentava problemas estruturais e espaços inutilizados. Alguns serviços eram gerenciados pela DIR I, atual DRS (Departamento Regional de Saúde) tais como: limpeza, limpeza da caixa d'água e realização do inventário físico. Cabe ressaltar que não havia serviço de vigilância e segurança patrimonial.

Desta forma, foi realizado um planejamento a curto/médio prazo a fim de implantar os serviços necessários e documentos prioritários para operação da Unidade.

A seguir, breve histórico com as principais adequações para o funcionamento da Unidade ao longo dos últimos anos:

Serviços necessários	Implantação	Evolução
Reforma predial	2003 – 09 leitos de observação	2016 - 37 leitos de observação
Contratação de vigilância e segurança patrimonial	2003 - 02 postos de seg a dom	2017 - 05 postos de seg a sexta diurno 03 postos seg a dom diurno 03 postos seg a dom noturno
Contratação de limpeza hospitalar	2003 - Realizada de seg a sex das 07 às 17h	2017 - 24 horas ininterruptas
Contratação de serviço de controle, operação e fiscalização de portaria	2006 – 02 postos seg a sex	2017 – 03 postos seg a dom, sendo um diuturno
Resíduos de Serviços de Saúde	2007 – estimativa de 15kg/ semanal	2017 – produção de 35kg/ semanal
Sistema SCPw – sistema de controle patrimonial	2007 – 2.291 bens patrimoniados	2017 – 3.511 bens patrimoniados
Sistema SAF – sistema de administração da Frota	2008 – 04 veículos 74 remoções/ano 1.250 km rodados/ano	2017 – 12 veículos 1.585 remoções/1º trimestre 86.346 km rodados/ 1º trimestre
Serviço de alimentação e nutrição hospitalar*	2013 – 2.274 lanches/mês 243 almoços observação/mês	2017 – 4.463 lanches/mês 986 almoços observação/mês
Serviço de 0800	2014 – 4.758 ligações recebidas/mês	2017 – 2.699 ligações recebidas/mês

* do ano de 2002 à 2012 alimentação é fornecida por meio de cozinha própria.

Ao longo do tempo, o CRATOD passou por diversas transformações, gerando a necessidade desta Administração adequar-se às circunstâncias, desde o perfil dos prestadores de serviço terceirizados, quanto à qualificação dos profissionais envolvidos nas distintas frentes em que este Núcleo atua.

A gestão do Núcleo de Administração Patrimonial sempre foi participativa, pauta-

da no desenvolvimento de habilidades, formação de multiplicadores com a socialização das informações. Mesmo com a alta rotatividade de recursos humanos e processos burocráticos para ativação dos serviços e aquisições necessárias, a qualidade foi mantida, tendo como base a fiscalização dos serviços, comprometimento da equipe e fluxos dos serviços definidos.



*Acesso ao Subsolo, 2002



2009



2017



*Saída de Emergência, 2002



2009



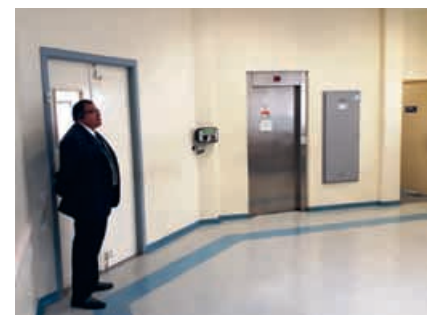
2017



*Saguão Terreo, 2002



2009



2017



*Auditório, 2002



2009



2017



*Recepção, 2002



2009



2017



*Saguão 1º Andar, 2002



2009



2017



*Entrada, 2002



2009



2017



*Jardim Cabine Primária, 2002



2017



*Elevador, 2002



2017



*Banheiro Masculino Térreo, 2002



2017

A gestão em recursos humanos

Como já observado ao longo dos anos o CRATOD apresentou aumento significativo de trabalho, demandando cada vez mais recursos, mais estrutura e conseqüente aumento da necessidade de contratação de recursos humanos.

Atualmente o CRATOD conta com 174 servidores ativos entre administrativos e assistenciais sendo, que 51,15% possuem nível superior e grande parcela destes profissionais com especialização em dependência química, está na pós-graduação oferecida na unidade e ministrada pela UNIFESP, desde 2014, com duração de 18 meses.

Com a alteração do funcionamento da Instituição de 12 para 24 horas e para atender o aumento da demanda, a partir de janeiro de 2013 iniciou-se a parceria com a SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina que hoje mantém em seu quadro 196 colaboradores que, trabalham em conjunto com os servidores lotados no CRATOD.

O setor de Recursos Humanos tem como objetivo atuar de maneira humanizada junto aos servidores/colaboradores investindo juntamente com a Secretaria da Saúde de maneira efetiva na Qualidade de Vida de seus profissionais. É importante ressaltar que há muito tempo o R. H. deixou de ser uma estrutura onde só se cuidava da vida funcional do colaborador agindo de maneira mecânica e automática, agora, além da parte burocrática que continua a ser desenvolvida, o departamento de recursos humanos está realmente presente na vida de cada funcionário, comunicando ao interessado as possíveis alterações, possibilidades, direitos e deveres, passando a ser visto como parceiro. A equipe de RH, hoje, tem um contato muito próximo e

se preocupa com o melhor para o cliente (servidor/funcionário), sendo que regularmente há encontros entre o RH e colaboradores, em que se discutem temas escolhidos pela maioria participante, o que é muito produtivo e tem trazido excelentes resultados, inclusive diminuindo a demanda no atendimento de porta no setor.

Um dos trabalhos que está sendo desenvolvido, de grande importância, é o PPA - Programa de Preparação para Aposentadoria - feito em conjunto com outras unidades. Trabalha-se para que, quando o servidor quiser se aposentar, esteja pronto e tenha a certeza de que será como esperava.

Há plena consciência de que, no trabalho com saúde mental, deve-se ter um olhar diferenciado com o cuidador, para que não haja desgaste e conseqüentemente adoecimento, considerando o assunto, o setor de Recursos Humanos tem, dentro dos seus objetivos, avalia a presença de sobrecarga no que se refere aos cuidadores da Instituição. Verificamos que, assim como familiares de dependentes químicos, o profissional de saúde que atua na área sofre conseqüência. Ao considerar estas situações, a equipe de RH elabora, promove, coordena programas, cursos e projetos de capacitação e treinamento de profissionais de acordo com a especificidade do Centro em conjunto com a parceira SPDM.

Sugere-se que com a capacitação permanente dos colaboradores envolvidos na recuperação de pessoas com dependência química o nível de estresse diminuía, o que é de suma importância inclusive para o serviço, pois constatamos que assim houve diminuição na taxa de afastamentos por licença saúde.

Considera-se que é papel da chefia identificar profissionais com perfil apropriado para cada tipo de atividade, sabe-se também a importância do conhecimento na parte teórica

ou técnica, mas acima de tudo, o profissional, para prestar um bom serviço, deve estar livre de pré-conceitos e primeiras impressões (situação comum na área da saúde e muito maior no que se refere à dependência química) atuando sempre com comprometimento e responsabilidade.

O profissional que escolhe atuar na área de dependência química precisa gostar do que faz, e saber que está sempre aprendendo e que cada dia é uma nova etapa em nossa vida. Então, como o próprio nome da profissão diz e de maneira clara, ser **“SERVIDOR PÚBLICO”** é estar pronto a servir às necessidades públicas.

Referências Bibliográficas

1. Oliveira LM, Galvão M CCP. *Desenvolvimento Gerencial na Administração Pública do Estado de São Paulo*. São Paulo: FUNDAP: Secretaria de Gestão Pública, 2009.
2. Abrucio FL. O impacto do modelo gerencial na Administração Pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente. Brasília: Cardenos ENAP, nº 10, 1997.

CAPÍTULO

48

Um olhar alienígena - a experiência
do Anexo Judiciário do CRATOD

Samuel Karasin

O pai tem cerca de setenta anos. Cara de avô de novela, olhos brilhantes, barba branca todo esperança. No fundo, o cansaço de quem se arrasta por anos de problemas. Começo dizendo o óbvio, internar não é curar, “não interno ninguém sem o médico atestar a necessidade” etc. Me interrompe e conta sobre o filho, sobre como um homem bonito, inteligente virou uma pedra. Filho único, da esperança fez-se a dor. Me conta sobre como foi ter que entregar gás em seu fusca, como sua mulher chora todo dia, sobre a violência que atribui à loucura da droga. Seu menino sempre bom, a culpa sempre das drogas. Acho que se compadece da minha impotência. Solidário, me agradece a honestidade. Me junto a sua dor, resignado não prometo nada, só que faria o máximo para que ele tivesse uma avaliação e tratamento adequados. Não sei o que o convence, acho que o meu desamparo. Me agradece muito. Da porta me pede um último favor: “Doutor, veja como meu menino ficou...”. Da carteira, uma fotografia muito dobrada: um quarto caiado de branco, um magro rapaz de uns trinta anos, olhando vaziamente o nada. No tornozelo, um cadeado e uma corrente.

Um homem veio por quatro dias seguidos, ficou durante todo o expediente, como se as paredes lhe dessem algum tipo de esperança. Seu companheiro, um usuário de crack, estava perdido nas ruas, destino incerto. Certo só o HIV e a sífilis. E o amor. Amor de procurar na rua, de arrastar para casa, de aceitar do jeito que as coisas são. No quarto dia, a ambulância traz o rapaz, magro, só olhos. Ninguém sorri, nesse ponto acho que só restam olhares. O homem bate na porta, delicado, com medo de incomodar. Acha que fizemos muito, tem medo de atrapalhar, de pedir demais. Me explica constrangido, seu companheiro quer se internar

voluntariamente, já tem até a vaga. Sussurra, num meio segredo: “ele faz isso para poder sair a hora que quiser”. Quer que eu o interne involuntariamente.

As histórias se sucedem e se somam, sem que os rostos se apaguem.

Desde 21 de janeiro de 2013, funciona no CRATOD – Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas – um projeto pioneiro do Tribunal de Justiça de São Paulo, em parceria com o Governo do Estado, para a apreciação de medidas de caráter urgente em prol da população de dependentes químicos. Essa parceria, modelo único de interação judicial entre o Ministério Público do Estado de São Paulo, a Ordem dos Advogados do Brasil, seção de São Paulo e a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, é a face mais atual da busca de atuação judicial qualificada pela proteção à dignidade humana, estatuído no artigo 5º da Constituição Federal.

A ideia de um sistema integrado, capaz de aproximar as instâncias de gestão e de atendimento da saúde mental e os operadores do Sistema de Justiça, apesar de aparentemente revolucionária, é paradoxalmente, algo bastante natural.

Da transformação de modelos de tratamento, do asilo/manicômio ao modelo humanitário/ ambulatorial, muito da efetividade da lei 10.216/01 ficou para trás. Mais do que isso, a ilusão de autossuficiência sistêmica gerou e gera um choque na linguagem dos saberes da saúde mental e do universo jurídico. Conceitos simples para quaisquer dos lados são usados de maneira diversa, com o prejuízo da compreensão pelo Judiciário da função da saúde e com o reverso da medalha, a crítica à atuação do Judiciário, que por força de sua função constitucional se sobrepõe à decisão administrativa.

Mais do que egos feridos, o ruído na conversa implica em prejuízo ao cidadão, seus direitos e a efetividade dos dois sistemas.

Nada mais exemplificativo que a grande e falsa questão da internação provisória.

Muito embora grande ênfase tenha sido dada à chamada internação compulsória, fato é que a amplitude da iniciativa do E. Tribunal de Justiça de São Paulo passou despercebida pela maioria da sociedade. Isso porque se preferiu a discussão sobre higienização, hipótese sequer pensada em qualquer instância judicial, mas que povoa o imaginário dos profissionais da saúde mental.

A divisão fictícia entre os “higienistas” e “libertários” ganhou mais corpo que a realidade e obscureceu as possibilidades e alcances da iniciativa judiciária. Também sob essa ótica, cada determinação de cumprimento judicial que visava garantir o direito de cuidado dos responsáveis pelo paciente e do paciente era inicialmente contrastada não sob o aspecto do direito à vida, mas sob as fantasias de uma repressão incompatível com o direito moderno.

Deixou-se de perceber que se tratava da primeira iniciativa de um Tribunal, em criar um ponto de garantia de acesso ao direito à saúde. Uma junção de todos os atores que garantem direito, da sociedade, do paciente, da família em prol da realização não da cura, mas do acesso ao tratamento, garantindo-se o dever de cuidado da sociedade e do Estado, a dignidade do paciente e o acesso à Justiça. De outra sorte, do ponto de vista técnico de saúde, garantia-se o atendimento de serviços paralelos como o resgate emergencial, de assistência social, segurança, etc, retirando a hipertrofia da atuação da área de saúde e delimitando a responsabilidade da atuação dos profissionais.

É o caso de se destacar que a população atendida, e portanto privilegiada no acesso à

justiça, não pode sequer ser considerada como miserável, já que a única coisa de que muitas vezes dispõe é sua autonomia.

Como garantia dessa autonomia, conjugada com a necessidade de que essa população e seus familiares tenham atendimento de saúde mental, assegurando-se o acesso ao sistema de saúde único – SUS, inverte-se a lógica de intervenção estatal, tomando a decisão judicial como fator de compulsão do Poder Público na realização de suas obrigações legais e, ao mesmo tempo, como garantia das partes na hipótese eventual de internação compulsória prevista na Lei 10.216/01.

Vale dizer, dado o contraditório, a obediência dos princípios constitucionais e legais que norteiam o direito à saúde e à dignidade humana, a mais estrita legalidade tem sido observada previamente a qualquer medida puramente administrativa.

Isso tem-se refletido nas estórias acima. Não há promessas e nem soluções fáceis. A multidisciplinariedade dada pelas equipes do CRATOD e o trabalho de todos os atores judiciários garantem a construção de soluções complexas e com efetiva instrumentalização, sempre com a proteção das garantias individuais.

Sem adentrar na falsa polêmica da internação compulsória, a principal atividade do posto de atendimento do CRATOD tem sido a garantia de acesso à saúde mental.

Evoluindo do modelo da internação total em manicômio, da ideia de tratamento em “regime fechado” – uso essa expressão como se reflete no imaginário popular, de tratamento exclusivamente em hospital ou clínica psiquiátrica –, para o modelo ambulatorial, com participação da família e da sociedade na cura, consolidou-se tal evolução com a lei 10.216/01.

A internação passou a ser a exceção, sendo estabelecido o critério mínimo de risco

para o paciente ou para terceiros como única causa determinante. Cessada a causa, cessa a internação, continuando-se o tratamento. Associando-se esse conceito com a criação dos CAPS – centros de atenção psicossocial –, aparentemente estariam resolvidas as questões relativas à saúde mental, dentre as quais, aquelas associadas à drogadição.

No entanto, a desmobilização daquilo que era considerado um modelo autoritário de atuação implicou a desmobilização de inúmeros mecanismos que são necessários também no modelo posterior. E muito pouco se fez, para além do fechamento de vagas em manicômios, para que houvesse efetividade no atendimento à saúde mental.

Assim, o conceito de emergência em saúde mental (e portanto em drogadição) foi desconsiderado. Da mesma maneira, o suporte às famílias de dependentes ou pacientes é absolutamente insuficiente para as necessidades destas ou dos pacientes de cuja cura deveriam participar. Esvaziaram-se os hospitais, mas as ruas e viadutos ganharam um sem número de novos moradores, por pura insuficiência social.

Não é o caso de se tratar aqui da segunda questão, muito embora seja fundamental entender a drogadição sob uma perspectiva multidisciplinar e não como uma questão só de saúde. Isso por duas razões, a primeira pela extensão do texto e a segunda porque as questões sociais relevantíssimas da reinserção e da cura do paciente não são abrangidas pela parceria, já que são cuidadas apenas as questões emergenciais.

Embora não o aparentem, essas questões de emergência em saúde mental são fundamentais para o funcionamento do sistema. Partindo da premissa que a decisão judicial (internação compulsória) ou administrativa (internações voluntárias ou involuntárias)

devem ser sempre precedidas de laudo psiquiátrico, vê-se que o comparecimento do paciente ao CAPS ou ao médico é a porta de entrada do sistema.

Sem esse comparecimento, o sistema pouco ou nada atua. Não há instrumentos para avaliar-se a condição de um paciente na rua, em casa ou em qualquer lugar, desde que esse se recuse a comparecer perante a avaliação.

Assim, criou-se a falsa impressão de que a demanda não existe. Em um paradoxo circular, não se nega o atendimento ao paciente, mas aquele só se efetiva com a colaboração deste. Se em surto ou em estado de abstinência, ocorre a recusa, o Poder Público nada faz, não por respeito a supostos direitos do pacientes – e em tese contrariando os direitos dos responsáveis pelo mesmo, ou o dever de cuidado previsto no ECA, ou mesmo a lógica e necessária proteção àqueles desprovidos de razão –, mas por falta de aparelhamento das instituições. Assim, sem o comparecimento, não há demanda oficial e sem demanda oficial não se criam mecanismos e protocolos de atuação, perpetuando a crise.

Assim, é pouco razoável pretender que uma mãe tenha que levar seu filho a um CAPS, quando em surto, ou que aguarde um mês até que a equipe se disponibilize a tanto. Ou mesmo que alguém tenha uma indicação para internação e não haja qualquer equipamento para sua remoção.

Nesse vácuo apela-se, equivocadamente, para a atuação policial, panaceia para todos os males, inclusive aqueles não previstos constitucionalmente.

Desse modo, a experiência de acesso garantida pelo projeto no CRATOD tem tentado mudar esse estado de coisas, garantido o acesso de todos os envolvidos no problema da droga-

dição aos seus direitos, independentemente da ausência de atuação do Poder Público.

O projeto tem-se mostrado extremamente frutífero. Não para aqueles que esperavam ruas limpas ou soluções fáceis ou ainda para aqueles que pretendem que as vivências cruéis e as explorações a que homens, mulheres, ido-

sos e crianças são submetidas sejam um modo de vida alternativo. Mas certamente para todos aqueles que já viveram a experiência de um encontro, de uma convergência, de reconhecer sua própria ignorância e o saber alheio, de sentir sua contribuição e a acolhida do outro. De pequenos olhares cheios de grandes esperanças.

S E Ç Ã O

7

Perspectivas



“À lei, não tinha
procedido por
embirra, por
ruindade. Mas a
gente quase somente
faz o que a bobagem
do mundo quer.”

Guimarães Rosa
“Uma estória de amor – Festa de Manuelzão”
| Corpo de Baile, 1956.

CAPÍTULO

49

Desafios e perspectivas
para os próximos 15 anos

Marcelo Ribeiro

A criação do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas (CRATOD) (Decreto 46.860, 26.06.2002) fez parte das ações fundadoras e estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), destinadas à constituição de um sistema de atendimento ao usuário de substâncias psicoativas, com o objetivo de consolidar uma rede de cuidados essencialmente comunitária, multidisciplinar, de acesso universal e equânime.

Em consonância com os princípios apresentados no parágrafo anterior, o CRATOD foi habilitado para organizar um CAPS-AD em sua estrutura de atendimento no mesmo ano da criação dos mesmos – Portaria 816 | GM, 30.04.2002 –, tendo sido essa sua principal atividade desde então, conforme foi possível verificar ao longo da leitura desse livro. Sua equipe sempre procurou estar afinada com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), desde a sua instituição – Portaria 3.088 | GM, 23.12. 2011. Com a edição da Portaria 130 | GM, em 26 de janeiro de 2012 e da Deliberação CIB nº 2, de 18 de janeiro de 2013, o CRATOD teve sua habilitação junto ao SUS alterada passando a ser classificada como CAPSAD III Qualificado.

A partir da criação do Programa Recomeço – Decreto Estadual nº 59.164, de 09.05.2013 – o CRATOD tornou-se o serviço de articulação e formação inicial da Rede Recomeço para o estado de São Paulo, em conjunto com as Secretarias de Desenvolvimento Social e de Justiça e Defesa da Cidadania, agregando ao tratamento ofertado no CAPS-AD, a possibilidade de internação para desintoxicação (sistema de Regulação CROSS) e o acolhimento social em Comunidades Terapêuticas credenciadas e conveniadas após processo de Chamamento Público, dado o expressivo aumento da demanda.

Após a inauguração da Unidade Recomeço Helvetia (URH), em meados de 2016, a unidade de observação e repouso do CRATOD passou a contar com leitos de desintoxicação masculinos e femininos naquele serviço, bem como um serviço de moradia monitorada, um modelo inédito até então no Brasil, totalmente referenciado para o CAPS-AD | CRATOD, indicado para os pacientes, de acordo com as necessidades de seu projeto terapêutico singular.

Em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) (1-3), as quais preconizam o estabelecimento e a disseminação de testagem de alta sensibilidade para a sífilis e demais ISTs; a intensificação do tratamento com os antibióticos e os antirretrovirais preconizados e a extensão da testagem para todos aqueles considerados população vulnerável às ISTs, o CRATOD oferece testagem rápida para todos os usuários do SUS que procuram a triagem do serviço e tratamento para todos os pacientes admitidos em seus locais internos de tratamento – CAPS-AD e unidade de observação e repouso.

Além disso, com o intuito de aumentar a adesão ao tratamento antirretroviral dos usuários de substâncias psicoativas vinculados ao serviço, o CRATOD pediu autorização ao Centro de Referência e Treinamento em DST – AIDS (CRT) e foi habilitado como uma Unidade Dispensadora de Medicação de Antirretrovirais (UDM); com o mesmo propósito, contratou uma infectologista para o tratamento e o acompanhamento dos pacientes vinculados ao CAPS-AD e para avaliação inicial e encaminhamento dos pacientes admitidos na unidade de observação e repouso ou que passaram pela triagem.

Desafios e perspectivas

Mesmo ocupando um papel de destaque no atendimento e no desenvolvimento de modelos de cuidado e de políticas públicas para o consumo de substâncias psicoativas, muita coisa ainda precisa ser planejada e implementada. Com o intuito de oferecer novos pontos de discussão e de sugerir novas metas para o campo dos transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, o CRATOD encerra esse livro apresentando dez pontos que na opinião dos seus técnicos deveriam nortear as ações em dependência química durante os próximos 15 anos:

1. Redução da mortalidade entre os usuários de substâncias psicoativas, em suas diversas vulnerabilidades – violência, ISTs, suicídio.

O consumo de álcool e drogas representa na atualidade entre 10 e 15% da carga global de doenças (4), ou seja, a cada dez dólares gastos com saúde – no tratamento das mesmas ou na resolução dos seus impactos nas sociedades, cerca de um dólar a um dólar e meio é aplicado nos transtornos relacionados ao consumo de álcool e drogas.

A ausência de outros desfechos adversos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas – tais como a dependência, a infecção pelo HIV e as hepatites virais, a violência, além da ausência de estimativas acerca da carga de doença atribuível ao consumo da maconha – faz com que esse cálculo permaneça em grande parte subestimado (5).

A mortalidade entre usuários de álcool, opióides, cocaína e derivados anfetamínicos é sensivelmente maior do que a encontrada na população geral (6). Evidências disponíveis apontam que usuários com diagnóstico de dependência de substâncias psicoativas morrem,

em média, 22 antes do que aqueles sem esse diagnóstico (7). Um estudo com os primeiros usuários de crack da Enfermaria de Desintoxicação de Taipas, no município de São Paulo, capital, entre 1992 e 1994, observou uma taxa de mortalidade quase 8 vezes maior do que a encontrada na população local, depois de ajustada por sexo e idade (8).

Por outro lado, a presença de abstinência está diretamente relacionada ao aumento da expectativa de vida, numa relação direta com o seu tempo de duração – quanto mais tempo abstinente, maiores as chances de sobrevivência (8,9). A abstinência alcançada nos primeiros seis meses de tratamento, tende a adquirir maior estabilidade do que aquela atingida seis meses depois (6), o que valoriza a ideia de que os esforços iniciais para estrutura devam ser mais vigorosos.

A eficácia e a efetividade dos tratamentos para os problemas relacionados ao uso de drogas aumentou significativamente nas últimas duas décadas, possuindo hoje padrões de sucesso que não se resumem apenas a mensurar o tempo em abstinência, mas igualmente, à melhora do funcionamento psíquico e à reinserção social (10).

Por fim, considerando que a mortalidade entre os usuários de drogas está relacionada com outros comportamentos ligados ao consumo, os serviços de tratamento deveriam possuir programas de prevenção específicos e na lógica da redução de danos para lidar com os seguintes comportamento de risco:

- (A) Comportamentos de risco relacionados às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) – em especial a Aids, a sífilis e as hepatites B & C – estudos do CRATOD apontam que um terço das mulheres que chegam para tratamento, oriundas da “cracolândia”, tem sífilis; a infecção pelo HIV entre homens

e mulheres que procuram o CRATOD é dez vezes maior do que na população em geral;

- (b) Ações voltadas para a prevenção, detecção e intervenção para a violência doméstica – moral, física e sexual – contra mulheres, crianças, idosos, deficientes físicos e doentes mentais, considerando que uma porção considerável dos usuários é vítima ou perpetrador de agressão nesse âmbito. Para isso, é necessário um grande esforço no sentido de pesquisar, contextualizar e desenvolver modelos para serem aplicados nos serviços, bem como em capacitação continuada;
- (C) Prevenção do consumo de álcool e drogas concomitante à operação de máquinas ou veículos, especialmente os automotores;
- (D) Entender cada vez mais as relações entre crimes, homicídios e uso de drogas, desenvolvendo dentro do possível e dos limites previstos pelo campo da saúde e da assistência so-

cial – sempre em parceria com os agentes de segurança locais do território –, estratégias de manejo da violência no ambiente de trabalho e no cotidiano do usuário;

- (E) Programas de prevenção do suicídio, certamente um dos maiores problemas de saúde pública enfrentado na última década, sem ainda apresentar sinais de acirramento (11).

Para isso, o monitoramento seriado a partir da instituição de convênios e parcerias com instituições governamentais de epidemiologia e estatística – tais como a Fundação Seade –, o desenvolvimento de modelos de tratamento voltados para a abstinência ou modelos de baixa exigência, voltado para a redução de danos relacionado a questões como a transmissão do vírus HIV ou o risco de suicídio, bem como a instituição de programas específicos relacionados à detecção precoce do risco de suicídio e da infecção pelo HIV, são metas que vêm sendo adotadas pelos serviços de álcool e drogas em todo o mundo.

2. Contribuir para a integração entre as políticas de saúde e de desenvolvimento social, em especial o acesso à moradia, especialmente por intermédio do desenvolvimento de modelos que combinem cuidados em saúde e assistenciais em diversos níveis de complexidade.

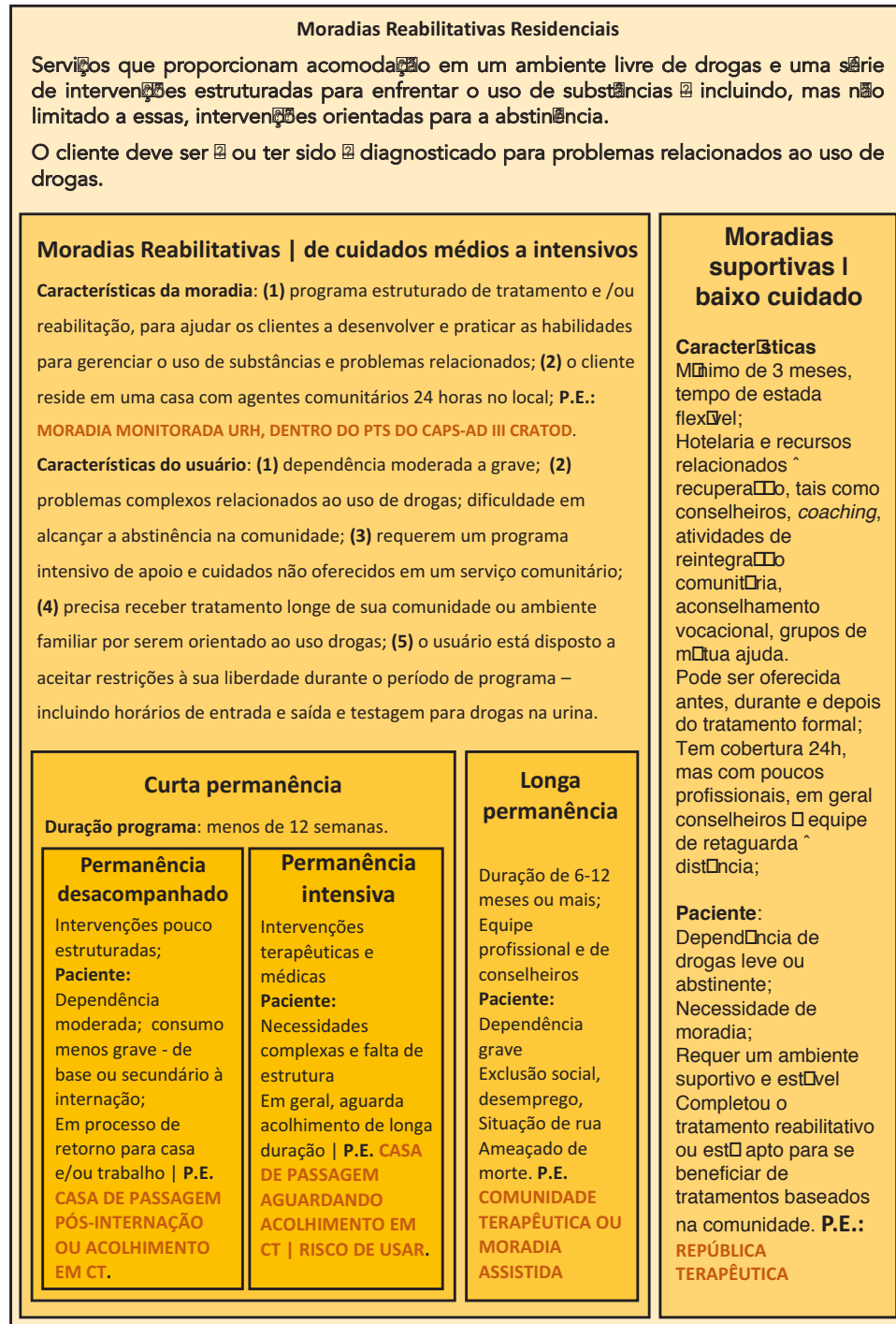


Figura 1: Tipos de moradia, genericamente divididas em reabilitativas e suportivas, oferecidas pelo governo britânico para usuários de substâncias psicoativas em recuperação. Extraído e adaptado de National Treatment Agency for Substance Misuse – NHS, 2006 (12).

A Figura 1 apresenta a complexidade com que a moradia deve ser tratada, no que se refere ao tratamento da dependência química (12). Existe ainda, a necessidade de garantir abrigo e proteção para moradores de rua usuários de drogas, dentro da lógica da baixa exigência (13).

O apoio de moradia reduz as chances de recaída durante o processo de tratamento – especialmente durante os encaminhamentos entre serviços – e aumenta a adesão ao tratamento – pacientes que utilizam a moradia monitorada da Unidade Recomeço Helvétia tiveram uma adesão ao CAPS-AD CRATOD ao redor de 50%; desses, quase 80% estavam trabalhando: 37% registrados em carteira e 43%, com emprego informal de pelo menos meio período.

Por fim, equipamentos como as unidades de acolhimento (UA), que atendem pacientes com aumento da gravidade de sua dependência, combinados com livre trânsito e baixo monitoramento, deixam a desejar para boa parte dos usuários, sendo que haveria necessidade de estudos específicos com o intuito de verificar sua real utilidade e eficácia, reposicionando ou modificando o seu escopo, para atender melhor a rede SUS.

3. Defesa da mulher, combate à homofobia, à transfobia e ao racismo, bem como apoio irrestrito e desenvolvimento de projetos de inclusão para os usuários de substâncias psicoativas, considerando suas idiossincrasias.

A situação social e de discriminação atual para lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e transgêneros (LGBT) representa um problema generalizado em todo o mundo (14), sendo o Brasil detentor dos piores índices de violência dirigida contra esses grupos.

Questões de gênero – que envolvem a violência contra mulheres – e o racismo, completam essa lista de crimes hedionda contra a pessoa humana, infelizmente presentes de modo velado ou explícito em todas as instituições brasileiras.

Desse modo, o respeito às questões de gênero e da diversidade sexual devem ser valorizadas a todo o instante, dentro das instituições de saúde e de assistência social. Além disso, deve haver uma preocupação constante não apenas na disseminação de conhecimento referente ao tema, mas igualmente uma preocupação constante acerca da garantia dos direitos relacionados às questões de gênero e diversidade dentro das instituições, em detectar e apoiar indivíduos que estejam sofrendo ações discriminatórias, oferecendo-lhes não apenas tratamento e suporte assistencial, como também favorecendo o seu acesso às medidas protetivas e à justiça.

4. O combate à violência, dentro e fora das instituições de saúde e assistenciais.

A violência é atualmente a maior causa de morte prematura, de incapacidade e de prejuízos crônicos para o funcionamento dos indivíduos (15). Nos últimos vinte anos, programas de saúde e assistenciais têm procurado abordar as questões ligadas à violência de forma preventiva, identificando fatores de risco e atuando sobre esses em consonância com outros órgãos relacionados ao tema.

Nesse sentido, as equipes de saúde e assistência têm um importante papel no sentido de mapear situações de proteção e risco, desenvolver sistemas de segurança dentro de suas instituições, contribuir para a criação de políticas, criar e manter programas de pre-

venção à violência, oferecer serviços de emergência para lidar com a auto | heteroagressão provenientes da agudização dos transtornos mentais, sugerir alterações às legislações vigentes (16).

Atualmente, o CRATOD vem implementando um novo Protocolo para lidar com a violência dentro da instituição. Entende-se que a violência, aplicada pelo usuário contra a equipe ou mesmo contra outros em tratamento, seja, por vezes, um sintoma, devendo ser tratado como tal. Trata-se, muitas vezes, de uma questão de saúde e não apenas de segurança pública. Uma equipe de técnicos capacitados para manejo da violência (Equipe de Manejo de Crise) é convocada em situações de descontrole. Dando seguimento ao chamado, a equipe trabalha no manejo pós-crise, abarcando e confortando o usuário do serviço quanto às questões que o levaram ao rompante, assim como responsabilizando-o pelo ato cometido, num trabalho longo de psicoeducação e criação de uma cultura de não violência dentro da instituição.

Nos próximos anos, programas que lidem com a violência de forma técnica, como uma questão de saúde, devem ser estimulados. Um exemplo é o Programa norte americano “Cure Violence”. Este programa pioneiro já apresenta experiências exitosas registradas em Chicago, Baltimore e Nova Iorque, detectando redução de 41% a 73% em tiroteios e mortes nas “cure violence zones”. Os elementos essenciais são semelhantes aos elementos necessários para o controle de uma epidemia: interromper a transmissão da doença, reduzir o risco dos potenciais “alto risco” e mudar as normas de uma comunidade. Aplicando para o controle da violência: (1) detectar e interromper conflitos potencialmente violentos (prevenção de retaliações, mediação de conflitos em

andamento e manter os conflitos “frios”); (2) identificar e tratar o “alto risco” (acessar indivíduos de alto risco, mudar comportamentos e providenciar tratamento para dependência química e outros problemas relacionados à saúde); (3) mobilizar a comunidade para mudança de normas (resposta a todos os tiroteios, organizar a comunidade e espalhar normas positivas) – <http://cure-violence.org/the-model/essential-elements>. De tal maneira, pensar na criação de “cure violence zones” no Brasil traz uma perspectiva de mudança, frente a tema tão complexo e epidêmico no país.

5. Pactuação de serviços entre estado, município e união, com o intuito de aumentar a integração e a complementaridade.

Um extenso trabalho de construção da rede de atenção aos usuários de substância psicoativas vem sendo desenvolvido em todas as esferas administrativas brasileiras. No entanto, ainda há dificuldade de comunicação entre diferentes ações desenvolvidas por essas, tanto no que se refere aos encaminhamentos, quanto à análise dos dados produzidos.

Desse modo, deve haver um esforço coletivo, no sentido de melhorar os sistemas de informação e a integração entre a União, estados e municípios para que o acesso aos sistemas de saúde e assistenciais e a atenção aos usuários dentro desses seja feita com mais qualidade e eficácia.

6. Coexistência entre as ações de baixa exigência e de tratamento e integração com os grupos de mútua-ajuda.

Tanto as ações de baixa exigência, quanto as estratégias de tratamento – incluindo os seus aspectos coercitivos – podem e devem existir dentro do mesmo servi-

ço, desde que esse esteja comprometido com a lógica do atendimento baseado preferencialmente na comunidade, de maneira multidisciplinar e preocupado com a inclusão dos seus usuários, fazendo parte desse bojo, não apenas os aspectos socioeconômicos, mas igualmente as questões de gênero e de diversidade sexual.

Além disso, grupos de mútua-ajuda, tais como os grupos de Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos e Amor Exigente oferecem uma rede de apoio informal e altamente capilarizada ao usuário de drogas e seus familiares, a qual deve ser acessada e integrada ao tratamento formal, sempre que possível.

7. Reduzir o estigma em relação ao tratamento e à recuperação dos usuários de substâncias psicoativas.

O tratamento funciona (9, 10). O mesmo é composto por uma série de medidas estruturantes, que têm como objetivo não apenas a abstinência estável, mas o treinamento de habilidades sociais e a reinserção social dos usuários da maneira mais ampla e efetiva possível.

Nesse sentido, a visão de que os modelos de tratamento não ineficazes – restando assim para o usuário permanecer nessa condição indefinidamente, apenas reduzindo danos, até o momento em que queira parar por si só –, no intuito de protegê-lo, acabaram-lhe por estigmatizá-lo, negando-lhe o direito a um tratamento estruturado, de qualidade e com dignidade.

Dessa forma, faz-se necessário, na próxima década, investir no desenvolvimento de linhas de cuidado voltadas para o tratamento dos usuários de substâncias psicoativas dentro dos CAPS-AD, bem como valorizar e incentivar a recuperação entre os frequentadores dos serviços de saúde e de assistência social.

8. Aumentar o repertório de técnicas preventivas para o consumo de substâncias psicoativas.

Há uma enorme lacuna no que se refere à construção de uma rede comunitária e institucional de prevenção no Brasil. Por outro lado, inúmeros setores governamentais – especialmente a Secretaria da Educação de São Paulo – e setores da sociedade organizada, possuem experiências consideradas relevantes. Desse modo, fazem-se necessários, para a próxima década, investimentos para a criação de uma rede efetiva de prevenção ao consumo de drogas, desenvolvendo ou reintegrando modelos, de acordo com as necessidades de cada município.

9. Hierarquização da saúde mental.

As políticas públicas para saúde mental foram estruturadas e privilegiam a tomada de decisão no nível da atenção básica (17). Apesar de considerar que esse é o melhor contexto para o oferecimento de apoio e tratamento ao usuário de substâncias psicoativas – assim como acontece com outros pacientes com necessidades crônicas – a experiência do CRATOD dos últimos anos tem demonstrado que a linha de cuidados oferecida aos mesmos seria mais equânime se contasse com equipamentos de maior complexidade dentro dos territórios, capazes de prestar-lhes auxílio em situações de crise.

Nesse sentido, a ausência de modelos voltados para o tratamento – inclusive nos seus aspectos coercitivos, seja esse em regime ambulatorial, seja em regime de internação – aumenta o risco de o paciente ser negligenciado pelo serviço de atenção primária, uma vez que nesses casos, conta apenas com os prontos-socorros em hospitais gerais, quase sempre despreparados para o manejo agudo desses casos ou com a hospitalidade dentro

dos CAPS-AD III, os quais não conseguem dar continência para usuários em situações de extrema gravidade – intoxicação com agitação psicomotora, quadros psicóticos, tentativas de suicídio, além de muitas outras.

O CRATOD tem se posicionado e funcionado dentro da rede como uma espécie de “CAPS-AD IV” (modelo novo a ser pensado), pois além de estar aberto para todos os seus pacientes de CAPS, ininterruptamente, conta com uma equipe médica consistente, capacitada e disponível para o manejo dos casos mais graves e das situações agudas. O fato de possuir um ambiente e uma equipe estruturados para o atendimento desses pacientes, cria um ambiente mais acolhedor e propício para a instituição de condutas apropriadas às necessidades do usuário naquele momento.

A internação psiquiátrica breve também deveria passar por uma nova discussão, pois as admissões nesses serviços não se resu-

mem à retirada da substância psicoativa, mas sim, à oferta de tratamento de forma diferenciada e complexa e idealmente relacionada com atendimento sequencial nos CAPS-AD do território do usuário.

10. Tomadas de decisão baseadas em pesquisa e em evidências científicas produzidas dentro do próprio serviço.

A constituição do Núcleo de Pesquisa do CRATOD (NuPE) vem preencher uma lacuna presente na totalidade dos serviços que trabalham com saúde mental: a construção de indicadores capazes de nortear suas ações terapêuticas e assistenciais junto aos pacientes. Seria essencial, se na próxima década, as unidades de atendimento pudessem coletar e analisar dados de modo sistemático, com divulgação dos resultados e elaboração de planos de trabalho de maneira periódica.

Referências Bibliográficas

1. Cantor AG, Pappas M, Daeges M, Nelson HD. Screening for Syphilis: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2016;315(21):2328-37.
2. Cantor A, Nelson HD, Daeges M, Pappas M. Screening for Syphilis in Nonpregnant Adolescents and Adults: Systematic Review to Update the 2004 US Preventive Services Task Force Recommendation: Evidence Synthesis No. 136. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016. AHRQ publication 14-05213-EF-1.
3. WHO – World Health Organization. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections - 2008. Geneve: WHO; 2012. Disponível em URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75181/1/9789241503839_eng.pdf .
4. Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad AA, El Bcheraoui C, Moradi-Lakeh M, Kyu HH, Barber RM, Wagner J, Cercy K, Kravitz H, Coggeshall M, Chew A, O'Rourke KF, Steiner C, Tuffaha M, Charara R, Al-Ghamdi EA, Adi Afifi RA, Alahmadi H, AlBuhairan F, Allen N, AlMazroa M, Al-Nehmi AA, AlRayess Z, Arora M, Azzopardi P, Barroso C, Basulaiman M, Bhutta ZA, Bonell C, Breinbauer C, Degenhardt L, Denno D, Fang J, Fatusi A, Feigl AB, Kakuma R, Karam N, Kennedy E, Khoja TA, Maalouf F, Obermeyer CM, Mattoo A, McGovern T, Memish ZA, Mensah GA, Patel V, Petroni S, Reavley N, Zertuche DR, Saeedi M, Santelli J, Sawyer SM, Ssewamala F, Taiwo K, Tantawy M, Viner RM, Waldfogel J, Zuñiga MP, Naghavi M, Wang H, Vos T, Lopez AD, Al Rabeeah AA, Patton GC, Murray

- CJ. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2016; 387(10036):2383-401. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00648-6.
5. Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet*. 2012; 379(9810):55-70.
 6. Scott CK, Dennis ML, Laudet A, Funk RR, Simeone RS. Surviving drug addiction: the effect of treatment and abstinence on mortality. *Am J Public Health*. 2011;101(4):737-44.
 7. Neumark YD, Van Etten ML, Anthony JC. Drug dependency and death: survival analysis of the Baltimore ECA sample from 1981 to 1995. *Subst Use Misuse*. 2000;35(3):313-327
 8. Ribeiro M, Dunn J, Laranjeira R, Sesso R. High mortality among young crack cocaine users in Brazil: a 5-year follow-up study. *Addiction*. 2004;99(9):1133-5.
 9. Proctor SL, Wainwright JL, Herschman PL. Patient adherence to multi-component continuing care discharge plans. *J Subst Abuse Treat*. 2017;80:52-58.
 10. Glasner-Edwards S, Rawson R. Evidence-based practices in addiction treatment: review and recommendations for public policy. *Health Policy*. 2010;97(2-3):93-104.
 11. WHO – World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide – a framework. Geneva: WHO; 2012. Disponível online em URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf . Acesso 20 Ago 2017.
 12. National Treatment Agency for Substance Misuse – NHS. Models of residential rehabilitation for drug and alcohol misusers. London: NHS; 2006.
 13. Pauly BB, Reist D, Belle-Isle L, Schactman C. Housing and harm reduction: what is the role of harm reduction in addressing homelessness? *Int J Drug Policy*. 2013 Jul;24(4):284-90.
 14. European Union Agency for Fundamental Right – FRA. Homophobia and Discrimination on Grounds of Sexual Orientation and Gender Identity in the EU Member States: Part II - The Social Situation. Vienna: FRA; 2009.
 15. Mercy JA, Rosenberg ML, Powell KE, Broome CV, Roper WL. Public health policy for preventing violence. *Health Aff (Millwood)*. 1993;12(4):7-29.
 16. World Health Organization – WHO. Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planners. Geneva: WHO; 2006.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010. Brasília: MS; 2010.

LISTA DE AUTORES

Organizadores

Luiz Gustavo Vala Zoldan
Marcelo Ribeiro

Autores

Alexandre Araújo
Alisson Paulino Trevizol
Ana Carolina Siqueira de Moraes
Ana Leonor Sala Alonso
Ana Lucia Karasin
Anderson Rogério Santos Almeida Manuel
Aparecida dos Santos
Aparício Ledo Fredi
Ariadne Ribeiro
Camila M. F. Vega
Claudio Jeronimo da Silva
Daniele Shizue Shimada Narazaki
Desiree Mendes
Dhione do Carmo
Elaine Camarini
Eliana Cristina dos Santos
Erika F. C. Pellegrino
Fabiana Camilo
Fabiano Alves de Siqueira
Fábio Carezzato
Fátima A. Mello Santos
Fernanda R. Ayub
Gabriela Felix Teixeira
Gilmar Barros
Hannelore Pereira Speierl
Ivan Cezar Silva
Jackson S. Santana
Jéssica S. L. B. Fernandes
Kelly Cristina Alves Couto
Lennon Leonardo P. Silva
Letícia Cardoso Ramos
Lucas Cese Marchetti

Luciane Ogata Perrenoud
Luís Carlos Sakamoto
Luiz Gustavo Vala Zoldan
Magda de Oliveira Vieira
Maíra Rebouças Valença dos Santos
Marcelo Ribeiro
Márcia Eleodoro Gouveia
Márcia Moutinho
Marcos Santana Tamura
Marizilda Ferreira Pugliesi
Natali Maiumi Higashi Marconi
Natalia Cunha Batista
Nildes Matos Neri
Octávio Gonçalves Ribeiro
Paulo Henrique Mendes Rodstein
Paulo Leandro de Jesus
Priscila Previato de Almeida
Quirino Cordeiro
Raquel Cleide Mota Carvalho
Relba Fritoli
Renata Rigacci Abdalla
Romina Miranda
Ronaldo Laranjeira
Rosana Chamlian Frajzinger
Samantha Monica de Souza Mezzacappa
Samuel Karasin
Sandra Silva Marques
Sérgio M. Duailibi
Shirley Aparecida Lima
Simone Ribeiro Antunes
Sonia Maria Motta Palma
Sureia Soares Rodrigues
Suzi Abigail dos Santos Silva
Valéria Longanezi
Viviane Briese
Wellington do Prado Carias
Wiviane Falasca Pereira

formato 240 x 300 mm
tipologia Palatino LT Std
e Helvetica Neue Lt Std
papel miolo Offset 90 g/m²
papel capa Cartão Triplex 300 g/m²
número de páginas 372
tiragem 2.000

impressão e acabamento

imprensaoficial
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO



Foram anos de experimentações e modificações para atingir o modelo atual do CRATOD. Hoje, com aproximadamente 400 colaboradores, o CRATOD conta com 37 leitos de observação para desintoxicação, sendo dois deles leitos de isolamento para portadores de tuberculose, além de mais 01 leito de emergência para estabilização de casos com demanda clínica. A unidade conta com uma porta de atendimento a urgências em dependência química (a primeira e única do Brasil) contando com psiquiatras e médicos clínicos 24 horas para tal suporte, além de equipe de enfermagem e equipe multiprofissional, com testagem rápida para diversas doenças infectocontagiosas para todos os usuários que tiverem desejo de realizar os testes. Possui também um CAPS, com estrutura avançada, contando com atendimentos odontológicos, inclusive confecção de próteses dentárias, sala de reabilitação física, atendimento de infectologia e abordagens de rua na região da “cracolândia”, realizadas pelos Conselheiros em Dependência Química. O CRATOD trabalha com educação permanente e capacitações para o estado de São Paulo todo no Programa Nacional de Combate ao Tabagismo. Conta também com um Núcleo de Pesquisas (NuPE), assim como se oferece como local de estágio para alunos de medicina, enfermagem, aprimoramento em dependência química, entre diversas outras atividades. Para a instituição, após esses anos de experiências, fica claro que não há soluções simples para um problema tão complexo e multifatorial. Não se trata de uma discussão entre redução de danos ou abstinência. Trata-se de ouvir a voz do usuário e seus anseios, trata-se de garantia de direitos, não apenas do direito a liberdade de ir e vir, mas do direito a moradia, saúde, trabalho e cidadania. Fica o desejo de que se possa ampliar esse atendimento e melhorar a cada dia a condição desta população já tão marginalizada e estigmatizada.

