



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

DANIELA PROCHNOW GUND

**O ENFRENTAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE CRACK EM  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES PELAS EQUIPES  
MULTIPROFISSIONAIS DA REDE DE SAÚDE MENTAL DO  
MUNICÍPIO DE CASCAVEL:  
ESTRATÉGIAS, DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

---

Londrina  
2011

DANIELA PROCHNOW GUND

**O ENFRENTAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE CRACK EM  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES PELAS EQUIPES  
MULTIPROFISSIONAIS DA REDE DE SAÚDE MENTAL DO  
MUNICÍPIO DE CASCAVEL:  
ESTRATÉGIAS, DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina, como requisito à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Dra. Mabel Mascarenhas Torres

Londrina  
2011

**Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**

|       |   |
|-------|---|
| G975e | <p>Gund, Daniela Prochnow.<br/>O enfrentamento da dependência de crack em crianças e adolescentes pelas equipes multiprofissionais da rede de saúde mental do município de Cascavel: estratégias, desafios e possibilidades/Daniela Prochnow Gund. – Londrina, 2011.<br/>256f. : il.</p> <p>Orientador: Mabel Mascarenhas Torres.<br/>Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2011.<br/>Inclui bibliografia.</p> <p>1.Serviço social – Teses. 2. Dependência química em criança e adolescente – Teses. 3. Crack – Teses. 4. Saúde mental – Teses. I. Torres, Mabel Mascarenhas. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 361.21:613.83</p> |
|-------|---|

DANIELA PROCHNOW GUND

**O ENFRENTAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE CRACK EM CRIANÇAS  
E ADOLESCENTES PELAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DA  
REDE DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL:  
ESTRATÉGIAS, DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina, como requisito à obtenção do título de Mestre.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Mabel Mascarenhas Torres  
UEL – Londrina – PR

---

David Roberto do Carmo  
UEL – Londrina – PR

---

Vera Maria Ribeiro Nogueira  
UFSC – Florianópolis – SC

Londrina, 18 de agosto de 2011.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, que me sustentou durante todo esse período e que guia meus passos. Sem Ele nada disso teria sido possível. A Ele toda a honra e glória!

Ao meu esposo, Joni, agradeço pela compreensão, pelo apoio, por ter me aturado nos dias de stress. Obrigado, porque, por todos esses anos, em especial nesse período, você honrou a promessa de estar comigo todos os momentos “na alegria, na tristeza...”. Te amo e estarei contigo até o fim.

Aos meus pais, Osmar e Aurea, que, mesmo longe, me incentivaram a continuar a caminhada e me sustentaram com palavras de apoio e orações; à minha irmã, sogros, cunhados e cunhada, que também estiveram na torcida pelo término desse processo, o meu obrigada.

Agradeço, de modo especial, à minha orientadora Mabel por ter me compreendido, ter me ensinado, ter me orientado. Considero você uma grande profissional e uma ótima professora. Obrigada por ter feito parte da minha história. Você contribuiu muito para o que eu consegui alcançar.

Agradeço aos professores David Roberto do Carmo e Líria Maria Bettiol Lanza pelas valiosas contribuições na Banca de Qualificação. À professora Vera Maria Ribeiro Nogueira agradeço a disponibilidade e as ricas contribuições.

Agradeço às minhas colegas de mestrado, Andreia e Michele, pela amizade, pelo aprendizado conjunto, ficarão guardados. Às minhas colegas de trabalho Dalas C. Migliorança, Nelci Maria Wagner, Neusa Gris Weber e Neusa Ribeiro Godinho por terem me auxiliado, me apoiado e compreendido nesse período de mestrado em que fiquei parcialmente afastada do trabalho.

Agradeço imensamente aos profissionais que participaram da pesquisa, bem como aos dirigentes dos serviços que permitiram a realização da

mesma. Sem a participação de vocês, esta pesquisa não teria sido possível. Admiro o trabalho que vocês realizam ainda mais após esta pesquisa e considero que o que falta caminhar, podemos caminhar juntos.

Agradeço, também, à UNIOESTE e à direção do HUOP por terem me liberado para realizar o mestrado e a pesquisa. A compreensão que vocês tem da importância do estudo é de extrema relevância para a qualificação da intervenção profissional. Agradeço o voto de confiança e estarei retribuindo com uma intervenção ainda mais qualificada.

Agradeço, ainda, aos meus amigos e líderes da Igreja Sara Nossa Terra pelas orações e palavras de ânimo durante todo o processo.

GUND, Daniela Prochnow. **O enfrentamento da dependência de crack em crianças e adolescentes pelas equipes multiprofissionais da rede de saúde mental do município de Cascavel: estratégias, desafios e possibilidades.** 2011. 256 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.

## RESUMO

As drogas sempre existiram e dificilmente deixarão de existir. Em cada período histórico, percebem-se novas substâncias sendo utilizadas. O crack aparece como a droga da atualidade. Apresenta similaridades com as demais drogas no que se refere a fatores de risco e de proteção, bem como a estratégias de enfrentamento, mas, ao mesmo tempo, diferencia-se das demais pela velocidade com que a dependência se instala e pelas consequências em todos os setores da vida do indivíduo que a utiliza, tornando-se ainda mais nefastas quando se trata de crianças e adolescentes. A presente dissertação, que tem como objeto o enfrentamento das equipes multiprofissionais que compõem os serviços de saúde mental do município de Cascavel-PR para o tratamento da dependência de crack em crianças e adolescentes, decorre de uma pesquisa social de abordagem qualitativa. Apresenta as estratégias de enfrentamento adotadas por essas equipes no atendimento dessa faixa etária e desta droga. Caracteriza, ainda, as equipes que trabalham com este público e o trabalho realizado. Mostra alguns desafios enfrentados por estes profissionais neste trabalho, possibilidades frente a esses desafios e a importância da interdisciplinaridade e a intersetorialidade como estratégias do trabalho empreendido pelas equipes. Identifica, sobretudo, que o trabalho das equipes multiprofissionais que atuam na rede de saúde mental não é focado na droga, mas no indivíduo e em sua situação ao chegar ao serviço. O tratamento, portanto, para usuários de crack e reincidentes, de modo geral, não é diferenciado das demais substâncias psicoativas. Mas, ao mesmo tempo, verificam-se especificidades no tratamento destes usuários, como a necessidade de facilidade de acesso ao atendimento, internamentos para desintoxicação, entre outras estratégias. No caso do trabalho com crianças e adolescentes, verificou-se a necessidade da adoção de um linguajar compatível com esta faixa etária, bem como o envolvimento da família no tratamento, como também de amigos, especialmente com adolescentes, entre outras estratégias que serão explicitadas ao longo desta monografia. Os resultados desta pesquisa podem colaborar para a formulação de estratégias e políticas específicas para o atendimento de crianças e adolescentes dependentes químicos e para o tratamento de usuários de crack.

**Palavras-chave:** Serviço Social. Dependência Química em Criança e adolescente. Crack. Saúde Mental. Equipe Multiprofissional.

GUND, Daniela Prochnow. **O enfrentamento da dependência de crack em crianças e adolescentes pelas equipes multiprofissionais da rede de saúde mental do município de Cascavel: estratégias, desafios e possibilidades.** 2011. 256 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.

## ABSTRACT

Drugs have always existed and they will hardly disappear. In each historical period new substances were used. Crack cocaine appears as the contemporary drug. It presents some similarities with other drugs regarding to risk, protection factors and the strategies of treatment, but at the same time, it's different from the others because of the speed the dependence is installed and because of the consequences in all the sectors of the user's life, being more dangerous in the case of children and adolescents. This research, which has the confrontation of the multi-professional teams from the mental health services in Cascavel to the treatment of the crack cocaine dependency on children and adolescents as its object, derives from a social research of quality approach. It presents the facing strategies of the mental health teams of Cascavel-PR against the crack cocaine dependence in children and adolescents, showing some particularities in the work with this age group and this drug. It characterizes the teams that work with this public and the work done, showing some challenges they go through and possibilities in the face of this challenges, as well as the importance of the interdisciplinarity and the intersectoriality. It identifies, above all, that the activity of the teams working in the mental health system is not focused in the drug, but in the person and in its situation when he arrives in the services. The treatment, therefore, to crack cocaine users and backsliders in general, is not different from other psychoactive substances. But, at the same time, there are peculiarities on the treatment of these users, as the need of easy access to the service, hospitalization for further detoxification, and other strategies. In the case of children and adolescents, it was identified the necessity of the use of a compatible communication with this age group, the involvement of family and friends in the treatment, specially in the case of adolescents, and other strategies that will be showed throughout this research. The results of this work may contribute to the formulation of specific strategies and policies to the service of chemical dependent children and adolescents, and to the treatment of crack cocaine users.

**Keywords:** Social Work. Chemical dependency. Crack cocaine. Children and adolescent. Mental health. Multiprofessional staff.

## LISTA DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| <b>Quadro 1</b> – Códigos do CID 10 relacionados ao uso de substâncias psicoativas .....                           | 32 |
| <b>Quadro 2</b> – Número que deve ser acrescido ao código anterior a fim de especificar o tipo de transtorno. .... | 32 |
| <b>Quadro 3</b> – Critérios para síndrome dependência de substâncias psicoativas segundo a CID-10 .....            | 33 |
| <b>Quadro 4</b> – Critérios para a síndrome de abstinência da cocaína .....  | 36 |
| <b>Quadro 5</b> – Princípios do tratamento efetivo- National Institute on Drug Abuse (NIDA) .....                  | 61 |
| <b>Quadro 6</b> – Estágios motivacionais.....  | 63 |

## LISTA DE TABELAS

|                   |   |     |
|-------------------|---|-----|
| <b>Tabela 1</b> – | Distribuição dos profissionais por instituição e especialidade ocupacional.....   | 19  |
| <b>Tabela 2</b> – | Dados sobre apreensões de crack efetuados pelos órgãos de repressão ao tráfico de drogas.....                                 | 99  |
| <b>Tabela 3</b> – | Características das crianças e adolescentes usuários de crack citadas pelos profissionais entrevistados. ....                 | 101 |
| <b>Tabela 4</b> – | Distribuição dos profissionais entrevistados por sexo e idade .....   | 121 |
| <b>Tabela 5</b> – | Distribuição dos profissionais entrevistados quanto à última titulação e área de formação profissional.....                   | 122 |
| <b>Tabela 6</b> – | Distribuição dos profissionais entrevistados quanto às instituições de ensino superior e o ano de formação na graduação ..... | 123 |
| <b>Tabela 7</b> – | Distribuição dos profissionais entrevistados quanto à faixa salarial.....   | 125 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|                |  |
|----------------|--|
| <b>AA</b>      | Alcoólicos Anônimos  |
| <b>CAPS ad</b> | Centro de Atendimento Psicossocial Alcool e Drogas             |
| <b>CAPS</b>    | Centro de Atendimento Psicossocial                             |
| <b>CASM</b>    | Centro de Atendimento em Saúde Mental                          |
| <b>CAT</b>     | Casa de Acolhimento Transitório                                |
| <b>CEBRID</b>  | Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas    |
| <b>COMAD</b>   | Conselho Municipal Anti-Drogas                                 |
| <b>DENARC</b>  | Divisão Estadual de Narcóticos                                 |
| <b>ECA</b>     | Estatuto da Criança e do Adolescente                           |
| <b>FUNABEM</b> | Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor                        |
| <b>FEBEM</b>   | Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor                        |
| <b>HUOP</b>    | Hospital Universitário do Oeste do Paraná                      |
| <b>IB</b>      | Intervenção Breve  |
| <b>INAMPS</b>  | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| <b>INPS</b>    | Instituto Nacional de Previdência Social                       |
| <b>INSS</b>    | Instituto Nacional do Seguro Social                            |
| <b>MOLIVI</b>  | Movimento para Libertação de Vidas                             |
| <b>NA</b>      | Narcóticos Anônimos  |
| <b>NAPS</b>    | Núcleos de Atenção Psicossocial                                |
| <b>OMS</b>     | Organização Mundial da Saúde                                   |
| <b>PR</b>      | Prevenção da Recaída   |
| <b>SAM</b>     | Serviço de Assistência ao Menor                                |
| <b>SDP</b>     | Subdivisão Policial de Cascavel                                |
| <b>SENAD</b>   | Secretaria Nacional sobre Drogas                               |
| <b>SISNAD</b>  | Sistema Nacional sobre Drogas                                  |
| <b>SNC</b>     | Sistema Nervoso Central  |
| <b>SPA</b>     | Substância Psicoativa  |
| <b>SUDS</b>    | Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde                   |
| <b>SUS</b>     | Sistema Único de Saúde   |
| <b>UBS</b>     | Unidade Básica de Saúde  |
| <b>UEL</b>     | Universidade Estadual de Londrina                              |

**UNIOESTE**      Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
**UPA**              Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

|  |     |
|--|-----|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | 14  |
| <b>1 DEPENDÊNCIA QUÍMICA: HISTÓRIA, CONCEITOS E ENFRENTAMENTOS</b> .....                                     | 24  |
| 1.1 EVOLUÇÃO DO USO DE DROGAS: HISTÓRICO E CONCEITOS .....   | 24  |
| 1.2 EVOLUÇÃO DA CONCEPÇÃO SOBRE DEPENDÊNCIA QUÍMICA .....  | 26  |
| 1.3 DEPENDÊNCIA QUÍMICA: DO QUE SE TRATA? .....  | 30  |
| 1.4 DROGA, SUBSTÂNCIA PSICOATIVA, ENTORPECENTE: QUAL CONCEITO ADOTAR? .....                                  | 36  |
| 1.4.1 Classificação das Substâncias Psicoativas .....  | 39  |
| 1.5 A RECAÍDA .....  | 44  |
| 1.5.1 A Percepção das Equipes Multiprofissionais sobre os Fatores de Risco e de Proteção .....               | 47  |
| 1.5.1.1 Fatores de risco familiares .....  | 48  |
| 1.5.1.2 Fatores de risco ambientais .....  | 50  |
| 1.5.1.3 Fatores de risco individuais .....   | 54  |
| 1.5.2 FATORES DE PROTEÇÃO .....  | 57  |
| 1.6 TIPOS DE TRATAMENTO E DE ABORDAGEM DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA .....  | 60  |
| 1.7 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O SUS NA ATENÇÃO À DEPENDÊNCIA QUÍMICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES .....     | 73  |
| 1.7.1 A Reforma Sanitária e o SUS .....  | 73  |
| 1.7.2 A Política de Saúde Mental e a Dependência Química .....   | 75  |
| 1.7.3 Políticas de Atendimento à Criança e ao Adolescente .....  | 84  |
| <b>2 CRACK: A DROGA DO MOMENTO</b> .....   | 88  |
| 2.1 COMPOSIÇÃO E EFEITOS .....   | 88  |
| 2.2 BREVE HISTÓRICO DO CRACK .....   | 91  |
| 2.3 CONSEQUÊNCIAS FÍSICAS, SOCIAIS E PSICOLÓGICAS .....  | 93  |
| 2.4 A DEPENDÊNCIA DE CRACK EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES .....  | 94  |
| 2.5 DADOS SOBRE O CRACK NO BRASIL E EM CASCAVEL-PR .....   | 97  |
| 2.6 PERCEPÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS QUANTO ÀS CARACTERÍSTICAS DO USUÁRIO DE CRACK EM CASCAVEL ..... | 100 |

|  |            |
|--|------------|
| <b>3 O ENFRENTAMENTO DA DEPENDENCIA QUÍMICA DE CRACK E A PARTICULARIDADE DA REDE DE SERVICOS DE SAÚDE MENTAL PARA ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DEPENDENTES QUIMICOS EM CASCAVEL-PR</b> | <b>108</b> |
| 3.1 RESGATE HISTÓRICO SOBRE A CONSTITUIÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM CASCAVEL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DEPENDENTES QUÍMICOS   | 108        |
| 3.1.1 Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas- CAPS ad  | 111        |
| 3.1.2 Hospital Universitário do Oeste do Paraná- HUOP  | 113        |
| 3.1.3 Movimento para Libertação de Vidas- MOLIVI   | 116        |
| 3.2 As Equipes Multiprofissionais que Atuam nos Serviços de Saúde Mental em Cascavel   | 119        |
| 3.2.1 Atividades realizadas pelas equipes multiprofissionais   | 128        |
| 3.3 O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE CRACK EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM CASCAVEL  | 143        |
| 3.3.1 Particularidades e Peculiaridades no Tratamento de Crianças e Adolescentes Dependentes Químicos  | 143        |
| 3.3.2 Particularidades no Tratamento de Crianças e Adolescentes Usuários de Crack  | 153        |
| 3.3.3 As Estratégias Construídas pelas Equipes Multiprofissionais e as Iniciativas Resolutivas no Enfrentamento do Crack   | 161        |
| 3.3.3.1 Estratégias com relação à família  | 162        |
| 3.3.3.2 Estratégias com relação ao meio  | 167        |
| 3.3.3.3 Estratégias de tratamento com relação ao indivíduo   | 182        |
| 3.3.3 O Tratamento de Reincidentes   | 191        |
| 3.3.3.1 Estratégias para tratamento de adolescentes pós-recaída  | 194        |
| <b>4 LIMITES, DESAFIOS E POSSIBILIDADES DO ENFRENTAMENTO DA DEPENDENCIA DE CRACK EM CASCAVEL</b>   | <b>201</b> |
| 4.1 LIMITES E DESAFIOS   | 201        |
| 4.2 POSSIBILIDADES FRENTE AOS DESAFIOS E LIMITES   | 221        |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>  | <b>229</b> |

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| <b>REFERÊNCIAS</b> ..... | 234 |
|--------------------------|-----|

|                        |     |
|------------------------|-----|
| <b>APÊNDICES</b> ..... | 249 |
|------------------------|-----|

|   |     |
|---|-----|
| APÊNDICE A – Questionário perfil dos profissionais e dos serviços da rede de serviços de saúde pública para atendimento de crianças e adolescentes dependentes de crack ..... | 250 |
|---|-----|

|   |     |
|---|-----|
| APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ..... | 253 |
|---|-----|

|   |     |
|---|-----|
| APÊNDICE C – Formulário questões entrevista ..... | 256 |
|---|-----|

## INTRODUÇÃO

O crack pode ser considerado uma droga relativamente nova se comparado à cocaína ou à maconha. Segundo Leite (1999), Uchôa (1996), Oliveira e Nappo (2008), esta droga foi identificada no final da década de 80 na cidade de São Paulo. Mas é somente em dezembro de 2009 que o Ministério da Saúde estabelece ações direcionadas para o combate do uso dessa substância, lançando uma campanha nacional de prevenção ao uso. Em 2010, foram lançadas diversas portarias para instituição de serviços de tratamento de usuários de crack e outras drogas. Porém, com relação ao tratamento de usuários de crack, ainda existem mais perguntas do que respostas, sendo este um dos fatores que motiva a realização desta pesquisa.

Nesse sentido, esta dissertação aborda o enfrentamento e o tratamento do crack vivenciados pelas equipes multidisciplinares que atuam nos serviços de saúde mental públicos e conveniados para atendimento de crianças e adolescentes dependentes de crack no município de Cascavel-PR<sup>1</sup>.

A escolha deste tema de pesquisa decorre da experiência vivenciada pela pesquisadora na Ala Psiquiátrica no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP)<sup>2</sup> na condição de assistente social desde maio de 2008, prestando atendimento aos pacientes internados na Ala Psiquiátrica e suas famílias. A partir do início da prática profissional no hospital, percebeu-se uma expressiva predominância dos internamentos na Ala Psiquiátrica decorrentes da dependência de crack. Por meio de uma pesquisa documental realizada a partir dos formulários utilizados pelo Serviço Social<sup>3</sup> aplicados em 177 crianças e adolescentes internados no período de maio de 2008 a junho de 2010, verificou-se que 71% dos adolescentes foram internados em decorrência do uso de crack, seja na forma de uso exclusiva (12%) ou na forma combinada com outras substâncias psicoativas (59%). Os recorrentes reinternamentos dessas crianças e adolescentes usuários de crack e a debilidade física, mental e social com que eles chegam ao HUOP também

---

<sup>1</sup> O município de Cascavel situa-se na região oeste do Estado do Paraná, a 491 km da capital do estado Curitiba, e 193km de Foz do Iguaçu, fronteira com o Paraguai. De acordo com IBGE 2009, conta com uma população de 296.254 pessoas. Informações disponíveis em: <<http://www.cascavel.pr.gov.br/indicadores.php>>. Acesso em: 21 abr. 2010.

<sup>2</sup> Mais informações sobre este hospital serão trazidas no capítulo 3.

<sup>3</sup> Esta pesquisa foi realizada a partir dos cadastros do Serviço Social preenchidos pela pesquisadora no momento do internamento dos adolescentes na Ala Psiquiátrica, cadastro que compila dados socioeconômicos, familiares e quanto ao uso da(s) substância(s) psicoativa(s).

fizeram com que se buscassem estratégias para enfrentamento desta problemática. No período pesquisado, 39 adolescentes foram reinternados (22%).

Diante da complexidade decorrente do abuso e dependência do crack e dos recorrentes internamentos e recaídas, considerou-se a necessidade de conhecer as estratégias e iniciativas resolutivas de enfrentamento da substância em questão, partindo da análise do trabalho dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental disponíveis no município de Cascavel-PR.

A pesquisa deve fazer parte da prática profissional. Segundo Yamamoto (2000, p. 273) somente teremos competência teórico-metodológica, habilidade necessária para uma intervenção eficaz, se a prática estiver aliada à pesquisa da realidade na qual se intervém:

A dinamicidade dos processos históricos requer a permanente pesquisa de suas expressões concretas informando a elaboração de propostas de trabalho que sejam factíveis, isto é, capazes de impulsionar a realização das mudanças pretendidas.

O crack, então, apresenta-se como um desafio para a política de saúde mental. Faz-se necessário, portanto, pesquisar para aprimorar-se e realizar uma prática comprometida com os usuários, como traz Bourguignon (2008, p. 15):

Pesquisar é exercício sistemático de indagação da realidade observada, buscando conhecimento que supere nossa compreensão imediata, com um fim determinado e que fundamenta e instrumentaliza o profissional a desenvolver práticas comprometidas com mudanças significativas no contexto em que se insere e em relação à qualidade de vida do cidadão [...]

Existem diversas pesquisas e trabalhos sobre dependência química, mas em se tratando da infância e adolescência de forma específica, de acordo com Scivoletto e Andrade (1999), esta prática precisa ser intensificada, verificando-se as peculiaridades e particularidades do tratamento nessa faixa etária. As pesquisas sobre o crack na infância e adolescência também precisam ser ampliadas. A publicação de artigos e livros sobre a dependência química na adolescência, de acordo com Ozella (2003) começou a ocorrer após a definição da adolescência como fase específica e diferenciada na vida de um indivíduo, o que ocorreu a partir do início do século XX. Segundo Scivoletto e Andrade (1999) a adolescência constitui-se na fase onde há maior risco de abuso de substâncias psicoativas por

constituir-se numa fase de transição entre a infância e a fase adulta, ocorrendo, na fase em questão, diversas modificações físicas, como também psicológicas.

Além de todos estes fatores, esta pesquisa faz-se necessária pelo impacto social que o crack tem ocasionado na vida de milhares de crianças e adolescentes, em suas famílias e no sistema de atendimento não somente da saúde, como também de outras políticas tais como educação, assistência social, segurança pública, entre outras.

Durante a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida na cidade de Brasília- DF em 2010, a questão do crack foi um dos temas centrais. Verificou-se que há uma busca nacional e até internacional por alternativas de enfrentamento: existem algumas propostas e experiências que têm trazido resultados interessantes, mas a busca de outras estratégias de enfrentamento é uma constante, sendo esta mais uma razão que justifica a importância da realização desta pesquisa.

A pesquisa é uma ferramenta de desvelamento da realidade na qual o profissional intervém. Minayo (2000, p. 23) afirma que trata-se de um conceito ainda mais abrangente. Para a autora,

É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados.

A pesquisa constitui-se em uma tentativa de explicar parte de uma realidade. Segundo Minayo (2000), a pesquisa social, por sua vez, ocorre por aproximações sucessivas, as quais, apesar de não serem precisas, constroem conceitos cada vez mais aproximados à realidade social. Esse tipo de pesquisa tem como características a provisoriedade, o dinamismo e a especificidade. A autora ressalta que a experiência dos sujeitos confere sentido à pesquisa. Para alcançar esse fim, a pesquisa qualitativa tem se adequado melhor às Ciências Sociais, pois busca compreender os sentidos e os valores que os indivíduos envolvidos em determinadas situações apresentam. Segundo Minayo (2000, p. 21)

A pesquisa qualitativa [...] se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. [...] ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.

Esta dissertação decorre de uma pesquisa qualitativa e de campo, pois de acordo com Minayo (2000), busca na dinâmica da realidade as respostas da pesquisa. Esta mesma autora define pesquisa de campo enquanto “[...] o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação.” (MINAYO, 2000, p.105) O recorte espacial que está se empregando neste trabalho trata-se do município de Cascavel, e nele os serviços de saúde mental para atendimento de crianças e adolescentes dependentes químicos, mais especificamente, o (re) conhecimento do trabalho das equipes multiprofissionais que atuam nesses serviços. O objeto desta pesquisa é o enfrentamento da dependência de crack em crianças e adolescentes pelos profissionais da rede de serviços de saúde pública de Cascavel.

Como objetivo central da pesquisa em questão, pretende-se identificar as estratégias construídas pelas equipes multidisciplinares que atuam na rede de serviços de saúde pública do município de Cascavel-PR no atendimento da incidência e reincidência de crianças e adolescentes dependentes químicos de crack. Para atender a este objetivo, optou-se por alguns passos metodológicos. Segundo Minayo (2000, p. 22), nestes passos metodológicos estão inclusos “[...] as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador.” Não se trata, portanto, apenas de métodos e técnicas, mas também da perspectiva teórica adotada pelo pesquisador.

Assim sendo, esta pesquisa será realizada por meio da perspectiva teórico-crítica. O método citado, segundo Bourguignon (2008, p.20) trata-se do “[...] caminho pelo qual se pode desvendar a constituição do todo através de aproximações sucessivas, sem a pretensão de esgotar a complexidade e dinamicidade do real.” Salienta-se, portanto, que a presente pesquisa não tem por objetivo resolver a questão da dependência do crack, pois se trata de um assunto que instaura uma problemática complexa. No entanto, é preciso aproximar-se do problema de modo a traçar estratégias de enfrentamento à questão.

Antes de ser proceder à pesquisa em questão, foram planejados passos para a realização da mesma. Em um primeiro momento, elaborou-se o projeto de pesquisa, tendo sido este submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina, parecer de aprovação nº 177/10, CAAE no 0.0.268.000-10, Folha de rosto nº 35585.

O segundo passo deste caminhar metodológico constituiu-se na revisão da literatura. Por meio da leitura dos autores, percebeu-se que há estudos sobre o crack a partir de 1996, mas os estudos sobre o crack ganham maior centralidade a partir de 2009 na produção científica, e em 2010 torna-se um dos objetos centrais de ação do Ministério da Saúde. Isso facilitou a realização da pesquisa, pois essa droga passou a ser tratado também pelos meios de comunicação e as produções teóricas passaram a ser divulgadas por meio da internet e de livros em maior número. Destacam-se entre os autores que escreveram e escrevem sobre o crack: Leite e Andrade et al. (1999), Uchôa (1996), Laranjeira (2010), Kessler (2011). Outros autores de referência na dependência química e que serão utilizados são Kalina (1987; 1991; 1997); Olievenstein (1977; 1980; 1985); Marlatt e Donovan, (2009), Washton e Zweben (2009), Kessler e Pechansky (2008; 2010), entre outros.

O terceiro passo dado foi a realização da pesquisa de campo envolvendo os profissionais da rede de serviços de saúde para atendimento a crianças e adolescentes dependentes de substâncias psicoativas. Esta pesquisa foi realizada na rede de serviços de saúde mental localizados na cidade de Cascavel disponível na rede pública para crianças e adolescentes dependentes químicos, a saber: Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) serviço público da esfera estadual; Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) e o Centro de Saúde Mental (CASM) serviços públicos da esfera municipal e a Comunidade Terapêutica MOLIVI (Movimento para Liberação de Vidas), conveniada à gestão municipal de saúde, serviço este caracterizado enquanto uma Organização Não-Governamental.

Os sujeitos foram escolhidos intencionalmente, pois considera-se que são os profissionais que trabalham na rede de saúde para atendimento aos adolescentes usuários de substâncias psicoativas aqueles com maior propriedade para indicarem alternativas de enfrentamento ao crack. A seleção da amostra foi realizada intencionalmente, pois como traz Martinelli (1999, p. 23-24):

Como não estamos procurando medidas estatísticas, mas sim tratando de nos aproximar de significados, de vivências, não trabalhamos com amostras aleatórias, ao contrário, temos a possibilidade de compor intencionalmente o grupo de sujeitos com os quais vamos realizar nossa pesquisa.

A população da pesquisa foi composta dos profissionais de formação superior da rede de saúde mental de atendimento a crianças e adolescentes dependentes químicos. Optou-se por entrevistar os diversos profissionais de formação superior, pois acredita-se no trabalho das equipes como um dos caminhos para o enfrentamento do crack, compreensão esta colocada também na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial e no Plano Intersetorial de Combate ao Crack.

As instituições supracitadas apresentam no seu quadro funcional os seguintes profissionais de ensino superior:

**Tabela 1 – Distribuição dos profissionais por instituição e especialidade ocupacional**

| PROFISSIONAL  | INSTITUICAO                     | NÚMERO                  |
|---|---------------------------------|-------------------------|
| Psiquiatra  | HUOP                            | 01                      |
| Enfermeiro  | HUOP                            | 03                      |
| Psicóloga   | HUOP                            | 01                      |
| Assistente Social   | HUOP                            | 01                      |
| Médico Clínico Geral  | CAPS ad                         | 01                      |
| Enfermeira  | CAPS ad                         | 01                      |
| Assistente Social   | CAPS ad                         | 01                      |
| Coordenadora CAPS ad  | CAPS ad                         | 01                      |
| Terapeuta Ocupacional   | CAPS ad                         | 01                      |
| Psicóloga   | CAPS ad                         | 02                      |
| Psiquiatra  | MOLIVI                          | 01                      |
| Psicóloga   | MOLIVI                          | 01                      |
| Coordenadora da Divisão de Saúde Mental de Cascavel (Assistente Social) | Secretaria de Saúde de Cascavel | 01                      |
| UNIVERSO DA PESQUISA<br>04 UNIDADES DE SERVIÇO                          |                                 | SUJEITOS DA PESQUISA 16 |

**Fonte:** Informações repassadas via telefone pelos profissionais dos serviços.

Nesta etapa da pesquisa, foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados: um questionário (APENDICE A) com questões fechadas e abertas a fim de ser traçado o perfil dos profissionais dessa rede e de serem obtidas informações sobre o atendimento a crianças e adolescentes dependentes de crack. Este questionário foi entregue previamente e recolhido em uma das idas aos serviços para realizar as entrevistas. A entrega destes questionários e o recolhimento ocorreram entre os meses de fevereiro a abril de 2011. No momento da entrega, os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE B).

O outro instrumento utilizado foi o formulário de questões entrevista (APÊNDICE C), no qual estão contidas questões abertas referentes ao tratamento de crianças e adolescentes dependentes de crack, ao enfrentamento do crack por essas equipes multiprofissionais. Estas entrevistas foram gravadas com a autorização escrita dos sujeitos por meio do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, garantindo a livre adesão à pesquisa. Neste termo, foi esclarecido o objetivo do projeto, as fases da pesquisa de campo e a garantia do sigilo da identidade dos profissionais, bem como a garantia da devolutiva da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas com a utilização de mídia (MP3), com o consentimento dos profissionais e repassadas para o computador e pen drive. As entrevistas foram transcritas e devolvidas aos sujeitos por e-mail. Ao final da pesquisa, os resultados apresentados na dissertação serão divulgados aos participantes da pesquisa em encontro que será agendado após a submissão à banca para avaliação e a produção da dissertação final. As entrevistas serão posteriormente gravadas em CDs e arquivadas por um período de 5 (cinco) anos, período após o qual serão incinerados.

A entrevista foi escolhida como um dos instrumentos para coleta dos dados pretendidos pelo fato de que “[...] permite tratar de temas complexos que dificilmente poderiam ser investigados adequadamente através de questionários, explorando-os com profundidade.” (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2002, p.168) A fala facilita a exposição, a colocação de pontos de vista diferenciados, informação que na forma escrita (questionário) muitas vezes fica resumida, fazendo com que se perca em riqueza de detalhes e de espontaneidade.

Inicialmente, foi montada uma amostra estratificada, composta por 10 sujeitos, aproximadamente 50% de cada formação profissional. Porém, por indicação da Banca de Qualificação, decidiu-se entrevistar o universo de profissionais, já que dos 16 apenas 15 seriam entrevistados, pois a pesquisadora está entre os profissionais da rede e a diferença entre o número total e o escolhido era pequena para justificar a não utilização do todo.

Deste total de profissionais, apenas 01 profissional optou por não participar da pesquisa por impossibilidade de tempo. Acrescentou-se, porém, uma assistente social que foi contratada no MOLIVI nesse período entre a construção do projeto e a apresentação à Banca de Qualificação. Foram, portanto, entrevistados 15 profissionais de diferentes formações. O agendamento e a realização das

entrevistas foram iniciados no mês de fevereiro de 2011. As entrevistas se estenderam até o mês de abril, pois alguns profissionais estavam em férias, ou retornando às suas atividades, ou impossibilitados de participar da pesquisa.

As entrevistas foram agendadas previamente por telefone e realizadas em sua maioria nos locais de trabalho dos profissionais, buscando adequar-se à agenda dos mesmos.

Para análise dos dados, optou-se pela utilização da análise do discurso, a qual, segundo Minayo (2000, p. 212) constitui-se numa forma crítica de compreender o discurso preferido pelos sujeitos, tomando o texto “[...] enquanto unidade significativa e pragmática [...] o texto é portador do contexto situacional expresso pelo sentido.” As falas dos sujeitos foram analisadas como um todo, buscando-se os significados que os profissionais atribuem com relação às peculiaridades do tratamento de crianças e adolescentes dependentes de crack e buscando alternativas de enfrentamento a esta droga.

Os profissionais se mostraram colaborativos e interessados em participar da pesquisa. Percebeu-se práticas extremamente ricas e estratégias muito interessantes sendo adotadas para o enfrentamento ao crack. Sabe-se que não existem receitas, e não se tem esta pretensão, mas existem boas práticas que podem e devem ser divulgadas. Acredita-se que o enfrentamento ao crack possa ser efetuado de modo mais efetivo com a conjunção de esforços dos diferentes serviços da rede e dos diferentes profissionais, pois como um profissional afirmou com propriedade:

[...] Porque trabalhar com dependência química tem que ter o olhar de todas as áreas, não dá para trabalhar de forma isolada. [...]  
(Sujeito 3)

Espera-se, então, que esta pesquisa traga contribuições ao enfrentamento da dependência do crack. Acredita-se que, ao se analisar a prática dos profissionais, seja possível verificar estratégias que têm alcançado resultados positivos, disseminando essas técnicas para a rede como um todo, já que não há consenso aparente quanto a seu enfrentamento de tal substância.

Este trabalho pretende contribuir para a reflexão sobre a intervenção do sistema de saúde pública no enfrentamento da dependência do crack, intervenção essa, que, de modo geral é recente. Objetiva-se disseminar os

resultados obtidos por meio desta pesquisa através da publicação de artigos e participação em eventos, bem como proporcionar reflexão para os profissionais da rede para mudanças de estratégias e trabalho conjunto para o desafio do problema comum que é o crack.

Acredita-se que esta pesquisa poderá contribuir para uma otimização dos serviços prestados pela rede de atendimento de crianças e adolescentes usuários de crack, no sentido de publicizar ações que tem surtido efeito no enfrentamento do crack de modo mais específico, colaborando consequentemente para uma melhoria no bem-estar dos próprios usuários, visto que os serviços estarão trocando informações sobre práticas que têm sido reconhecidas por sua efetividade.

No primeiro capítulo, são definidos conceitos considerados relevantes para a compreensão do tratamento do crack e das demais drogas. Inicia-se por um resgate histórico sobre a evolução da concepção de dependência química. Apresenta-se, além disso, o conceito de substância psicoativa, de recaída e os fatores de risco e de proteção citados pelos profissionais na entrevista. No item seguinte, são apresentados os principais tipos de tratamento utilizados na dependência química. Aborda-se, ainda, a política de saúde, a política de saúde mental e para o tratamento da dependência química, seguida das políticas de atendimento à criança e adolescente.

No segundo capítulo, o crack é definido quanto a sua composição e efeitos, histórico, consequências de seu uso, sua dependência na faixa etária da infância e adolescência. Apresentam-se em seguida alguns dados sobre o crack no Brasil e no município de Cascavel-PR e características do usuário de crack a partir da concepção dos profissionais da rede de serviços pesquisados.

O terceiro capítulo apresenta o enfrentamento da dependência de crack pela saúde mental em Cascavel-PR. O mesmo se inicia apresentando a rede de serviços de saúde mental para atendimento a crianças e adolescentes dependentes químicos do município, caracterizando cada serviço, bem como as equipes multiprofissionais que compõe estes serviços. O item seguinte aborda as particularidades do tratamento de crianças e adolescentes usuários de crack. São apresentadas então as estratégias construídas pelas equipes multiprofissionais no enfrentamento do crack e iniciativas resolutivas percebidas pelas equipes.

Apresenta-se ainda o tratamento de reincidentes no crack, com suas particularidades e estratégias estabelecidas pelas equipes.

O quarto capítulo indica os limites, desafios e possibilidades apontados pelas equipes multiprofissionais no tratamento de crianças e adolescentes usuárias de crack.

Por fim, são apresentadas algumas considerações sobre as contribuições trazidas pelas equipes multiprofissionais. Acredita-se que possam colaborar para o tratamento de usuários de crack e para o avanço na discussão sobre esse problema, bem como para o avanço e melhoria da rede de saúde mental em Cascavel-PR.

# 1 DEPENDÊNCIA QUÍMICA: HISTÓRIA, CONCEITOS E ENFRENTAMENTOS

## 1.1 EVOLUÇÃO DO USO DE DROGAS: HISTÓRICO E CONCEITOS

O uso de substâncias psicoativas sempre esteve presente na história da humanidade. De acordo com Silva (1998) há relatos de uso de ópio na pré-história (5.000 a. C) entre os sumérios. Quanto ao álcool, a primeira referência foi encontrada em papiros egípcios datados de 3.500 a. C, descrevendo uma cervejaria e há também referências à cerveja com mais de três mil anos em documentos dos sumérios (SILVA, 1998). Sobre o álcool, Hipócrates, por volta de 385 a.C já o relacionava com problemas de saúde e de acordo com Andrade (1966), foi o primeiro médico a utilizar o ópio para fins medicinais. No Brasil, Andrade e Espinheira (2008) afirmam que havia o consumo por parte dos índios do tabaco, desconhecido pelos europeus até a colonização, e do cauim, bebida forte feita à base de mandioca utilizada pelos índios em rituais e festas. Os europeus trouxeram consigo o conhecimento sobre a fabricação da cerveja e do vinho e logo desenvolveram a produção da cachaça em terras brasileiras.

Sobre a maconha, Andrade e Espinheira (2008) relatam que há evidências de seu uso para fins medicinais a partir de 2.700 a.C, tendo sido introduzida no Brasil, segundo os autores, por escravos africanos com propósitos medicinais e recreativos. Andrade e Espinheira (2008) referem que por volta de 1925 havia no Brasil uma separação entre vícios considerados “elegantes”, sendo estes da morfina, heroína e cocaína, substâncias utilizadas mais pelas elites pelo fato de serem mais caras, e os vícios considerados “deselegantes”, no caso álcool e maconha, utilizados pelas classes menos abastadas. Porém, os autores afirmam que o uso da maconha não demorou a alastrar-se para todas as camadas sociais.

Com relação à cocaína, de acordo com Leite (1999) a substância era consumida na forma mascada pelos povos incas há milhares de anos. Em 1859 um cientista alemão de nome Albert Niemann extraiu o alcaloide a partir das folhas da droga que deu origem à cocaína. Inicialmente, de acordo com Leite (1999), a cocaína foi considerada um produto benéfico à saúde, tanto que chegou a ser comercializada pelo laboratório Bayer, sendo indicada como tônico cerebral, para cura de doenças nervosas, entre outras doenças, segundo Andrade e Espinheira (2008). Até mesmo Freud utilizou-se da cocaína e indicou seu uso a seus pacientes,

recomendando-a para “[...] o tratamento da depressão, do nervosismo, da dependência de morfina, do alcoolismo, das doenças digestivas e mesmo da asma.” (LEITE, 1999, p. 18). Com a administração da cocaína, vão surgindo os casos de dependência e ela passa a ser considerada uma droga perigosa, sendo proibido seu consumo. A cocaína foi utilizada no Brasil desde o início do século passado (LEITE, 1999), mas foi proibida a partir de 1921. Segundo Dualibi, Ribeiro e Laranjeira [2005?], na passagem para os anos 80, voltou a ganhar destaque, adquirindo status de droga destinada aos ricos, ou seja, droga de elite.

O crack chega cerca de 10 anos depois<sup>4</sup>, incidindo sobre uma parcela da população que não tinha acesso à cocaína: recobre primeiramente meninos de rua e usuários de drogas injetáveis, sendo adotada posteriormente pela classe média e alta. Segundo Uchôa (1996), apesar de não ser reconhecido como droga das classes com mais condições financeiras, o crack<sup>5</sup> também ganha espaço entre estes consumidores. Uma das dificuldades para apreensão da situação do consumo e dependência do crack, segundo este mesmo autor, é que até o final da década de 80, os casos de crack eram notificados como sendo de cocaína, apesar de sua ação e o processo de dependência ocorrer de forma diferenciada desta droga. Pelo fato de o foco desta pesquisa ser o tratamento da dependência de crack em crianças e adolescentes, o segundo capítulo irá tratar, especificamente, desta droga.

Percebe-se que desde os primórdios da história da humanidade há relatos sobre diferentes substâncias químicas. Não há, portanto, sociedade sem drogas e parece improvável que deixe de ser, pois como já afirmava Aldous Huxley, escritor inglês citado por Andrade e Espinheira (2008, p. 02):

Parece improvável que a humanidade em geral seja algum dia capaz de dispensar os “paraísos artificiais”, isto é, a busca de auto transcendência através das drogas ou umas férias químicas de si mesmo. A maioria dos homens e mulheres levam vidas tão dolorosas- ou tão monótonas, pobres e limitadas, que a tentação de transcender a si mesmo, ainda que por alguns momentos, é e sempre foi um dos principais apetites da alma.

---

<sup>4</sup> Final da década de 80, início da década de 90, não há consenso entre os autores pesquisados quanto ao ano de entrada do crack, pois não se tem essa informação.

<sup>5</sup> Por se tratar do foco deste trabalho, o crack será tratado de forma mais detalhada em item específico.

Não se tem a pretensão, portanto, de buscar a eliminação do consumo de drogas, até porque elas configuram-se como característica inerente à humanidade, e, de acordo com Kalina (1987, p. 16):

O ser humano sempre sentiu necessidade de transcender a finitude de seus limites. De sobrepor-se ao freio que significa seu corpo a todas as solicitações de expansão. Assim, busca elementos todopoderosos; trata-se de um fenômeno que lhe é inerente.

Porém, nos últimos tempos, este consumo vem tomando proporções alarmantes e trazendo inúmeros problemas sociais, econômicos e familiares, o que trouxe a necessidade do Estado intervir nesta questão. Bucher (2002) destaca que as drogas hoje não estão vinculadas mais a um uso medicinal ou a ritos religiosos como inicialmente eram utilizadas, mas a uma procura de prazer que corre o risco de se tornar desenfreada. O relatório sobre a Saúde no Mundo em 2002, da Organização Mundial da Saúde (OMS), mostra que em 2000, 8,9% das doenças haviam sido causadas pelo consumo de substâncias psicoativas, dentre as quais as lícitas apresentam maior impacto: 4,1% eram doenças decorrentes do uso de tabaco, 4% decorrentes do álcool e 0,8% de substâncias ilícitas (CRUZ; FELICÍSSIMO, 2008). Além do aumento de problemas de saúde, Cruz e Felicíssimo (2008) apontam que as drogas ocasionam também problemas sociais, como o crescimento da violência, acidentes de trânsito, problemas no trabalho e nas redes de relacionamento.

## 1.2 EVOLUÇÃO DA CONCEPÇÃO SOBRE DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A concepção da dependência química também foi se alterando no decorrer dos tempos. Inicialmente, foi entendida como um problema moral, como uma fraqueza do indivíduo, primeira forma de enfrentamento da sociedade a esta problemática. (MARQUES, 2001). Somente no início do século XIX o entendimento da dependência química como doença passa a ser preponderante, representando uma evolução, de acordo com Washton e Zweben (2009), já que ao considerar a pessoa doente esta era passível de tratamento, o que não significa que o modelo moral tenha sido superado. Ainda hoje, existem países como a Nigéria onde a dependência química é compreendida como influência de espíritos do mal (JAFFE in

MARQUES, 2001). No Brasil, Andrade e Ronzani (2008) afirmam que a compreensão moral ainda subsiste nas concepções equivocadas da sociedade e até de profissionais da saúde de que o usuário é “fraco”, não sai da dependência por falta de vontade, a dependência é um problema sem solução, entre outras ideias errôneas.

Sob a compreensão moral, o tratamento oferecido foi isolar estes indivíduos da sociedade. Essa prática foi iniciada, de acordo com Desviat (1999, p.17) a partir do século XVII em resposta à desorganização social e à crise econômica do período. O enclausuramento, na visão moral, tinha como objetivo isolar o indivíduo do mundo externo para que se pudesse atuar diretamente em seu comportamento. Segundo este autor,

[...] Era preciso isolar o paciente da sociedade- de um meio, uma comunidade que gerava uma série de distúrbios [...] Surgiu a internação, o isolamento e o tratamento moral constituíram os elementos terapêuticos do movimento alienista (Pinel, Esquirol, Georget, Ferrus, etc).

A compreensão moral oficialmente deu lugar à compreensão da dependência química enquanto doença, como coloca Leite (1999, p. 146)

[...] a dependência constitui [...] uma patologia com sua própria psicopatologia e caracterizada por compulsão, perda de controle e manutenção do uso apesar da existência de consequências adversas relativas a este uso. Trata-se de uma patologia crônica, progressiva, incurável e potencialmente fatal, se não-tratada.

Na compreensão moral, a dependência química era compreendida como algo inato ao indivíduo, não havendo muitas intervenções possíveis: a única alternativa era isolar o indivíduo para que este não trouxesse problemas à sociedade. A visão moral da dependência química também entendia que este era apenas um problema de vontade da pessoa, mas sabe-se que existem questões biológicas e também sociais que interferem no uso das substâncias psicoativas, não consideradas na concepção moral.

Apesar de ser considerada tratável, a dependência química é entendida como uma doença incurável: o indivíduo, mesmo em abstinência, não poderá fazer uso recreativo da droga, pois recairá no uso compulsivo anterior à abstinência. Trata-se, portanto, de uma patologia crônica e progressiva: a tendência

é que a quantidade utilizada e a frequência aumentem com o passar dos anos se o indivíduo não for tratado, o que pode levar à morte. Washton e Zweben (1999, p. 63) complementam esta definição de dependência química, compreendendo como essencial para o tratamento a promoção da abstinência. Este é o modelo de compreensão da dependência química enquanto doença:

A doença de adicção é vista como algo que guarda certas semelhanças com outras condições crônicas, como a doença cardíaca. Ela tem vários fatores que contribuem para sua etiologia, incluindo fatores genéticos em alguns, mas não em todos os casos. O uso do modelo de doença não quer dizer que o tratamento seja unicamente médico. É a mudança de comportamento pela pessoa adicta, e não a intervenção dos profissionais, que produz progresso.

A dependência química assemelha-se a outras doenças crônicas como diabete, hipertensão, mas é muito mais complexa do que elas: trata-se de uma patologia que envolve não somente questões biológicas, mas também psicológicas, sociais e culturais. Por esses fatores, o tratamento não pode ser apenas médico, mas deve incluir uma equipe multiprofissional, como veremos adiante.

A compreensão da dependência química como doença foi substituída pela concepção como síndrome. O entendimento da dependência química como doença limita a questões biológicas, médicas. Já a síndrome considera aspectos psicológicos, sociais, ambientais no uso de drogas. A síndrome da dependência química pode ser definida como:

Um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que podem se desenvolver após o uso repetido de uma dada substância. Esses fenômenos incluem de maneira característica um forte desejo de utilizar a droga, o controle prejudicado sobre o seu uso, o uso persistente a despeito das consequências prejudiciais, a prioridade ao uso da droga sobre outras atividades e obrigações, um aumento da tolerância e reações físicas de privação quando o uso da droga é interrompido. (BRASIL, 2006)

A principal diferença da concepção da dependência química enquanto síndrome é de que trata-se de um entendimento mais amplo, no qual são considerados aspectos psicológicos, sociais, entre outros. A compreensão moral da dependência química, no entanto, ainda é percebida atualmente pelos profissionais

que atuam nos serviços de atendimento a crianças e adolescentes dependentes químicos, como pode-se verificar na fala de um dos sujeitos da pesquisa:

[...] As pessoas ainda veem o uso de drogas como uma questão moral. (Sujeito 7)

Averigua-se que os profissionais, nas entrevistas, falam da dependência química enquanto doença, mas pelo teor das falas, identifica-se que a compreensão que possuem é de síndrome pelo fato de considerarem não somente fatores biológicos como é característico do modelo de doença, mas fatores sociais, psicológicos, entre outros.

[...] ainda não se fala em droga como se deveria falar. Você vê: agora quando estava nas eleições que a gente viu propaganda na televisão contra o crack, mas até então. Agora que as novelas estão abordando isso, mas até então isso era um tabu. As famílias têm um usuário, um dependente dentro de casa e tem vergonha de falar porque elas se sentem marginalizadas. Enquanto isso não for encarado como uma doença que precisa de tratamento e que a família precisa de ajuda, eu acho que vai ser difícil. (Sujeito 1)

Compreende-se, para fins de definição neste trabalho, a dependência química na concepção atual, como uma síndrome, devido a se ter, na presente concepção, uma visão mais ampla do indivíduo, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, estando em consonância com a concepção da Organização Mundial da Saúde (OMS) que compreende a saúde não apenas ao bem-estar físico, mas a “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças.”<sup>6</sup> Porém, ainda se verifica entre os autores empreendidos para a realização da presente pesquisa, a utilização da terminologia “doença” para referir-se à dependência química, como em, por exemplo, Ribeiro e Laranjeira (2010).

---

<sup>6</sup> Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). Disponível em: <<http://www.unifran.br/mestrado/promocaoSaude/docs/ConstituicaoodaWHO1946.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2010.

### 1.3 DEPENDÊNCIA QUÍMICA: DO QUE SE TRATA?

Nem todas as pessoas que fazem uso de drogas podem ser consideradas dependentes ou irão se tornar dependentes. Leite (1999) afirma que nem todos os usuários de cocaína irão desenvolver dependência desta droga: parece que a continuação do uso estaria ligada a experiências iniciais positivas, enquanto aqueles que tiveram sensações ruins ou que não atenderam àquilo que imaginavam tendem a parar o processo.

Washton e Zweben (2009) detalham o processo de escalada à dependência química, apontando como primeiro estágio o uso experimental, no qual o indivíduo tem um primeiro contato com determinada substância, em geral sem sofrer prejuízos devido a poucas exposições à droga. O próximo passo seria o uso ocasional, também chamado de uso social ou recreativo: o indivíduo consome de forma esporádica determinada substância e em quantidades modestas. Os autores alertam para o fato de que essas categorias são relativas, pois um consumo ocasional ou social poderia estar camuflando já o início de uma dependência química. Do uso ocasional o indivíduo pode passar a consumir determinada droga de forma regular: é quando um padrão de consumo se estabelece, como, por exemplo, consumir cocaína todos os finais de semana. Os autores acima citados relatam que essa passagem do uso ocasional para o regular pode ocorrer sem que o indivíduo perceba essas mudanças.

Washton e Zweben (2009) apontam também para o uso circunstancial ou situacional: o uso de droga vincula-se a determinadas situações. Por exemplo: ingerir álcool para ter coragem de falar em público ou fumar maconha para se sentir mais relaxado diante de problemas. Os autores afirmam que este uso pode se tornar problemático quando, ao invés do indivíduo desenvolver habilidades para lidar com suas situações estressantes, busca refúgio na droga, sendo que a ocorrência destas situações acaba estabelecendo um uso regular.

O uso compulsivo, segundo os autores acima citados, refere-se a episódios nos quais o indivíduo consome grandes quantidades de drogas, episódios entremeados por períodos de abstinência, o que pode levá-lo a acreditar que o uso não está lhe trazendo problemas e de que ele está no controle. O *continuum* do uso de drogas levaria o indivíduo ao abuso destas substâncias e ocorre quando o indivíduo apresenta significativos problemas em áreas importantes da vida. O final

deste processo culminaria com a dependência em si, evidenciada na preocupação em obter e usar a droga, na falta de capacidade de controlar o consumo e no uso contínuo apesar das consequências negativas.

É interessante estar a par desse processo a fim de reconhecer a posição dos adolescentes e principalmente de suas famílias - pois em muitas destas, há uso e abuso de drogas- em relação à dependência química quando estes chegam aos serviços: não é porque o indivíduo não tornou-se ainda dependente que não irá se intervir para que o processo se encerre ou estagne. Por outro lado, nem todo usuário é dependente, o que deve ser considerado em sua avaliação para direcionar o planejamento do tratamento.

Porém, de acordo com Leite (1999), este processo, no caso do crack, nem sempre ocorre e quando ocorre, é de forma muito rápida. Leite (1999, p.37) afirma que “a cocaína fumada, crack ou pasta, parece contribuir para a dependência mais frequente e rapidamente do que o uso sob a forma inalada, provavelmente pela sua rapidez de ação.” Os relatos das crianças e adolescentes internados no HUOP confirmam essa informação: estes relatam que em poucas ocasiões, em certos casos até nas primeiras vezes, já faziam uso compulsivo de crack e não conseguiam mais parar o uso, tornando-se dependentes.

De acordo com Galduróz (2008), o abuso e a dependência de substâncias psicoativas encontram-se definidos no Código Internacional de Doenças (CID), sendo este nominado de CID 10<sup>7</sup>:

---

<sup>7</sup> No CID, encontram-se classificadas todas as doenças, adotado como padrão pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para padronização dos diagnósticos. (GALDURÓZ, 2008)

**Quadro 1 – Códigos do CID 10 relacionados ao uso de substâncias psicoativas**

Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa:  
 F10- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool;  
 F 11- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos;  
 F12- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinoides (maconha);  
 F 13- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos;  
 F 14- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína;  
 F 15- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína;  
 F 16- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos;  
 F 17- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo (tabaco);  
 F 18- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis;  
 F 19- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas

Fonte: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, versão 2008.

Existem outras formas de classificação dos transtornos mentais, mas optou-se pelo CID por ser o critério adotado no Brasil pelo SUS. Cada droga é definida por uma numeração. O crack enquadra-se no CID de cocaína (F14), por sua base ser constituída por essa substância. A este diagnóstico deve ser acrescentado um terceiro número para indicar o tipo de transtorno e a gravidade do uso:

**Quadro 2 – Número que deve ser acrescentado ao código anterior a fim de especificar o tipo de transtorno.**

0- Intoxicação aguda  
 1- Uso nocivo para a saúde  
 2- Síndromes de dependência  
 3- Síndrome (estado) de abstinência  
 4- Síndrome de abstinência com *delirium*  
 5- Transtorno psicótico  
 6- Síndrome amnésica  
 7- Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia  
 8- Outros transtornos mentais ou comportamentais  
 9- Transtorno mental ou comportamental não especificado

Fonte: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, versão 2008.

Ocorre uso nocivo, segundo critérios da CID-10, quando há prejuízo físico ou mental à saúde, sem o preenchimento dos critérios de dependência, conforme critérios que serão citados a seguir. Leite (1999) traz o conceito de abuso

que avalia, além dos prejuízos físicos e mentais presentes no conceito de uso nocivo, prejuízos sociais: incapacidade de cumprir obrigações profissionais, escolares, problemas legais ocasionados pelo consumo, entre outros.

A fim de auxiliar no diagnóstico da dependência química, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu alguns critérios de avaliação utilizados para considerar uma pessoa dependente. Estabelece que seja necessário três ou mais sintomas presentes no último ano para definir-se uma pessoa enquanto dependente química:

**Quadro 3 – Critérios para síndrome dependência de substâncias psicoativas segundo a CID-10**

- 1- Desejo ou senso da compulsão para consumir a droga
- 2- Dificuldade de controlar o comportamento de consumir a substância (início, término, níveis de consumo)
- 3- Estado de abstinência fisiológico
- 4- Evidência de tolerância
- 5- Abandono progressivo de interesses ou prazeres anteriores em favor do consumo da substância
- 6- Persistência do consumo, a despeito da evidência clara (consciência do indivíduo) de conseqüências manifestamente nocivas.

**Fonte:** Leite (2009, p.36)

A característica essencial para definir-se a dependência química de um modo geral configura-se em “[...] um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indica que o indivíduo mantém o consumo da droga apesar de problemas relacionados ao uso.” (LEITE, 1999, p.35). No caso da cocaína, este autor esclarece que a Síndrome de Dependência pode ocorrer mesmo com um início recente do uso, podendo ser um dos sinais da dependência a dificuldade do usuário em resistir ao uso sempre que a droga estiver disponível. Para Washton e Zweben (2009, p. 54) a dependência evidencia-se “[...] pela preocupação de obter e usar a droga, uma falta de capacidade em controlar o consumo de uma maneira responsável, a diminuição da função psicossocial e o uso contínuo apesar das conseqüências adversas”. No caso do crack, como já relatado, a dependência pode se instalar já no início do uso e tem-se percebido a gravidade da dependência causada pelo crack pelos efeitos desestruturantes que ela traz à vida do indivíduo.

Olievenstein (1980) utiliza o termo “toxicomania” para definir a dependência química, termo esse que, segundo ele trata-se de “[...] uma forma de comportamento que, recorrendo a meios artificiais, “os tóxicos” ou “as drogas”, visa tanto à negação dos sofrimentos como à busca de prazeres.” (OLIEVENSTEIN, 1980, p.11) O autor critica as definições de dependência química enquanto doença, pois afirma que estas não consideram os fenômenos de massa que incidem nessa problemática: muitos adolescentes e jovens são incentivados a iniciar o uso pela pressão da turma de amigos e pela mídia (no caso das drogas lícitas). Ele também critica as classificações estáticas dos usuários com relação à substância consumida, haja vista que afirmar que a maioria dos toxicômanos -termo por ele utilizado-, faz uso de mais de uma substância, sendo poliusuários.

Silveira Filho (1996, p.01) aponta que na dependência, não se deve considerar apenas a substância, pois qualquer coisa pode transformar-se em objeto de dependência:

O termo dependência é utilizado para se referir a determinados comportamentos e designar o abuso ou o excesso como origem do problema. Assim, a relação entre sujeito e objeto configura uma patologia, pela sua intensidade ou pela sua preponderância, independentemente das características do objeto.

Até mesmo aspectos saudáveis da vida humana como sexo, diversão (jogos) podem se transformar em vícios. Silveira Filho (1996) afirma que a dependência química é formada pela substância psicoativa, com suas propriedades farmacológicas; pelo indivíduo, com suas características de personalidade e singularidade biológica, e, ainda, pelo contexto sociocultural onde tal relação ocorre (meio). Assim, o tratamento deve levar em consideração esses três aspectos para que alcance efetividade.

Em relação à tolerância, tem-se que esta se constitui como um dos sinais de que a dependência está se instalando. Kalina (1987) afirma que quando um indivíduo passa a consumir droga, esta traz modificações psíquicas e fisiológicas no organismo, que se habitua a este uso e pede mais, criando assim, o fenômeno chamado de tolerância. Segundo Leite (1999, p. 35) “Tolerância é a necessidade de aumentar progressivamente a quantidade de droga consumida, ou a redução dos efeitos quando a dose é mantida estável” Kalina (1987, p.25) complementa esta

definição de tolerância com a estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS):

[...] é o estado de adaptação caracterizado pela diminuição das respostas à mesma quantidade de droga, ou pela necessidade de uma dose maior para provocar o mesmo grau de efeito farmacodinâmico.

Porém, este mesmo autor afirma que nem todas as drogas provocam a tolerância. Este pode ser um sinal de que a dependência química está se instalando, mas o diagnóstico não deve resumir-se a ele. Assim, define-se a dependência química ou farmacodependência, conforme denomina Silveira Filho (1996, p.2-3) como

Estado psíquico e algumas vezes físico resultante da interação entre um organismo vivo e uma substância, caracterizado por modificações de comportamento e outras reações, que sempre incluem um impulso a utilizar a substância de modo contínuo ou periódico, com a finalidade de experimentar seus efeitos psíquicos e, algumas vezes, de evitar o desconforto da privação. A tolerância pode estar presente ou não.

Essa é a compreensão da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1969. Observa-se que a dependência química comporta dependência física e psicológica: nem todas as substâncias psicoativas provocam ambas as dependências. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a dependência psíquica como “[...] situação na qual existe um sentimento de satisfação e um impulso psíquico que exigem a administração regular ou contínua da droga para produzir prazer ou evitar mal-estar.” (KALINA, 1987, p.24)

Certas drogas, como o crack e a cocaína, por exemplo, não provocam dependência física, e devido a este fator, até 1982, não se considerava que pudessem acarretar síndrome de abstinência, pois o indivíduo não apresenta comportamentos tão estereotipados quanto na síndrome de abstinência do álcool. Nem todos os autores concordam com o fato de a cocaína produzir uma síndrome de abstinência, mas em 1994 a Associação Psiquiátrica Americana chegou a um consenso, com a publicação dos critérios diagnósticos para a Síndrome de Abstinência da Cocaína:

**Quadro 4 – Critérios para a síndrome de abstinência da cocaína**

- A- Interrupção (ou redução) do consumo de cocaína que for prolongado e em grande quantidade
- B- Humor disfórico (depressivo e irritável) e pelo menos duas das seguintes alterações fisiológicas:
- fadiga, sensação de redução de energia
  - sonhos vívidos e desagradáveis
  - insônia ou hipersônia
  - apetite aumentado
  - agitação ou lentificação psicomotora
- C- Os sintomas causam intenso desconforto ou prejuízo em funcionamento social, ocupacional ou outra área importante do funcionamento. Os sintomas não são decorrentes de outra doença clínica ou transtorno psiquiátrico.
- D- Os sintomas não são decorrentes de outra doença clínica ou transtorno psiquiátrico.

Fonte: APA (1994, apud LEITE, 1999 p.39)

Percebe-se a partir dos autores citados, que é preciso distinguir uso, de abuso e de dependência. Como já foi colocado, o fato de um adolescente experimentar uma droga não significa que ele é ou ficará dependente. Porém, no crack, o que temos percebido na prática do HUOP é que não há praticamente diferenciação entre uso ou abuso, e que estas caminham rapidamente para a dependência.

#### 1.4 DROGA, SUBSTÂNCIA PSICOATIVA, ENTORPECENTE: QUAL CONCEITO ADOTAR?

Outro conceito que foi sofrendo alterações na história é o de “droga”, configurando-se em um termo complexo e relativo. Percebe-se entre os autores consultados que não existe uma única definição. Existem diferentes concepções e nomenclaturas, algumas até contraditórias entre si. Ghodse (1995 apud LEITE, 1999, p. 26) refere-se à droga como uma

Substância que, quando administrada ou consumida por um ser vivo, modifica uma ou mais de suas funções, com exceção daquelas substâncias necessárias para a manutenção da saúde normal.

Esta é a definição adotada também pela Organização Mundial da Saúde (OMS), apesar de ser bastante ampla, pois existem diversas substâncias que modificam o organismo, mas nem por isso são drogas, como chás naturais, por exemplo.

Washton e Zweben (2009, p. 71) usam a terminologia “substâncias psicoativas”, definindo-as como

[...] agentes farmacológicos que alteram quimicamente a função do cérebro de maneira suficiente para causar mudanças no humor, percepção e/ou consciência de um indivíduo. O órgão-alvo de todo uso de substâncias psicoativas é o cérebro. Para ser psicoativa, uma droga precisa entrar na corrente sanguínea, atravessar a barreira hematoencefálica e alterar a atividade neuroquímica em certas áreas-alvo do cérebro.

Carlini et al. (2010, p. 3) fazem uma diferenciação entre estes conceitos. Para estes autores, drogas são “[...] qualquer substância capaz de modificar a função de organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento.” Já as substâncias psicoativas seriam aquelas que “[...] alteram comportamento, humor e cognição”, agindo principalmente no Sistema Nervoso Central. As drogas psicotrópicas, segundo a OMS (1981) tratam-se daquelas que “[...] agem no sistema nervoso central, produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora sendo, portanto, passíveis de auto-administração”, levando facilmente à dependência. Por fim, os autores apresentam o conceito de drogas de abuso definidas enquanto “[...] qualquer substância (tomada através de qualquer forma de administração) que altera o humor, o nível de percepção ou o funcionamento do Sistema Nervoso Central (desde medicamentos até álcool e solventes).”

A Lei Nº 11.343, de 23 de Agosto de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), considera drogas “[...] as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União.” (BRASIL, 2006). A Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998, que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, diferencia o termo “droga” de “entorpecente”. Segundo esta portaria, droga refere-se à “Substância ou matéria-prima que tenha finalidade medicamentosa ou sanitária” e o termo entorpecente à:

Substância que pode determinar dependência física ou psíquica relacionada, como tal, nas listas aprovadas pela Convenção Única sobre Entorpecentes, reproduzidas nos anexos deste Regulamento Técnico. (BRASIL, 1998)

Por esta legislação, o termo droga se refere a substâncias com finalidades médicas ou sanitárias. Basta lembrar que as farmácias são chamadas também de drogarias, pois vendem drogas que interferem no funcionamento do organismo, embora para um fim terapêutico. A legislação utiliza o termo “entorpecente” para drogas consideradas ilícitas e malévolas para a saúde das pessoas.

Outro termo utilizado para definir as substâncias psicoativas é “drogas psicotrópicas”. O termo psicotrópico é formado de duas palavras: psico e trópico. Psico, segundo o CEBRID (2003) é uma palavra que vem do grego e refere-se a nosso psiquismo. A palavra trópico, aqui, se relaciona com o termo tropismo, que significa “ter atração por”. Então, psicotrópico significa atração pelo psiquismo, e drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre nosso cérebro, alterando nosso psiquismo.

Azevedo (2000, p.55) afirma que não há consenso sobre a terminologia utilizada na questão da dependência química. Segundo a autora,

Tal variedade de nomenclaturas indica estarmos lidando com uma área que traz em si multiplicidade de concepções e ideologias, ora aproximam-se da medicina, ora do direito, ora da antropologia, ora da psicologia e de algumas outras áreas, mostrando que neste campo, ainda temos mais perguntas do que respostas, embora a pluridisciplinariedade venha contribuindo para uma ampliação na compreensão da relação do homem com as drogas.

Percebe-se, através da literatura e da legislação, que não há consenso no uso de uma única terminologia para a droga e as definições apresentadas também possuem seus limites. Os termos mais citados e aparentemente mais aceitos são substância psicoativa (SPA) e o próprio termo “droga”, ambos termos que serão utilizados neste trabalho. Considerar-se-á neste trabalho a concepção de substâncias que agem no Sistema Nervoso Central, restringindo-se àquelas que induzem à dependência, em específico ao crack. Nas entrevistas realizadas com os profissionais, percebemos também a predominância do uso dos destes dois termos.

### 1.4.1 Classificação das Substâncias Psicoativas

Para intervir e alcançar resultados positivos faz-se necessário conhecer os diferentes tipos de substâncias psicoativas, como agem no organismo e como são consideradas socialmente, fatores esses que interferem na proposição de tratamentos.

As substâncias psicoativas podem ser classificadas de diferentes formas, sendo que os principais aspectos são a questão da legalidade ou ilicitude da substância e sua ação sobre o Sistema Nervoso Central (SNC). Quanto à questão legal, elas são divididas em lícitas e ilícitas. Com relação aos efeitos sobre o SNC, são classificadas em depressoras, estimulantes e perturbadoras.

A separação das substâncias em lícitas e ilícitas, de acordo com Silveira Filho (1996, p. 05) “[...] é mera consequência do momento histórico e de aspectos culturais de um determinado subgrupo populacional.” O que foi considerado legal e ilegal sofreu mudanças no decorrer da história: a cocaína, já citada, chegou a ser comercializada como medicação, sendo que atualmente é considerada ilícita. Já o álcool, considerado lícito na legislação brasileira, em alguns países muçulmanos continua proibido. Segundo Feffermann (2006) toda a sociedade permite o uso de algumas drogas psicoativas, mas ao mesmo tempo, estabelece limites, de acordo com o momento histórico-cultural. Esta mesma autora ressalta que a ilegalidade é a condição para que o tráfico de drogas subsista, mas que o mesmo não significa a face contrária do capitalismo, mas sim a forma mais desmascarada da lógica capitalista, em que há a busca do lucro e o massacre do ser humano.

Feffermann (2006, p. 21) afirma que as políticas antidrogas são utilizadas enquanto instrumento de controle do Estado, pois servem

[...] para identificação, perseguição e reclusão de anormais, pessoas dissonantes com relação às ordens social e moral estabelecidas. Consumidores de drogas são rastreados pelo seu “desvio moral” e pelo “perigo sanitário” que representam [...]

O combate às drogas é uma forma de controle social: algumas drogas são eleitas como ilegais e alguns grupos são combatidos para servir de

exemplo a fim de que os demais mantenham um comportamento considerado adequado socialmente.

No Brasil, a divisão entre SPAs lícitas e ilícitas é feita por meio da legislação. O Decreto-Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938 já definia como substâncias proibidas de produção, tráfico e consumo a cocaína (em qualquer forma), a maconha, o ópio, dentre outras substâncias, adotando o termo “entorpecente” para defini-las (BRASIL, 1938). A Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998, que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial atualiza a listagem das substâncias e medicamentos proibidos e sujeitos a controle, mantendo a questão da licitude e ilicitude da legislação de 1938.

Álcool e tabaco são substâncias consideradas lícitas, sujeitas a controle, mas comercializadas livremente. Porém, contraditoriamente, são as mais consumidas e as que trazem maiores problemas à saúde. No Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de drogas Psicotrópicas no Brasil envolvendo as 108 maiores Cidades do País, realizado pelo CEBRID<sup>8</sup> em 2005, mostrou que das nove drogas mais consumidas, em primeiro lugar aparece o álcool mencionado por 74,6% da população pesquisada e em seguida o tabaco, com 44%.<sup>9</sup>

Segundo a OMS, o tabaco mata, por ano, cinco milhões de pessoas (10% de todos os óbitos de adultos). Já o álcool tira a vida de 1,8 milhão (3,2%). Todas as drogas ilícitas respondem por 200 mil mortes (0,4%).<sup>10</sup> Percebemos, portanto, que a separação de drogas em lícitas e ilícitas ocorre muito mais por questões econômicas e sociais do que em relação aos problemas de saúde que ocasionam.

Todas as drogas, segundo Kalina (1987) podem gerar dependência, em diferentes graus, mas nem todas apresentam o fenômeno da tolerância. Assim, consideram-se para este estudo as SPAs que causam dependência e que apresentam este fenômeno da tolerância. Elas podem ser classificadas em três

---

<sup>8</sup> Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, da Universidade Federal de São Paulo

<sup>9</sup> Levantamento disponível em <http://200.144.91.102/sitenovo/default.aspx>. Acesso em 02 de março de 2010.

<sup>10</sup> Disponível em: [http://www.uniad.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3229:alcool-e-cigarro-matam-mais-que-outras-drogas&catid=29:dependencia-quimica-noticias&Itemid=94](http://www.uniad.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3229:alcool-e-cigarro-matam-mais-que-outras-drogas&catid=29:dependencia-quimica-noticias&Itemid=94)>. Acesso em: 07 jul. 2010.

grupos, segundo Chaloult (1971 apud CARLIN et al., 2001) de acordo com sua ação no SNC, a saber: drogas depressoras, estimulantes e perturbadoras do SNC.

As drogas depressoras diminuem a atividade do SNC, provocando efeitos como sonolência, lentificação psicomotora, entre outros efeitos. Algumas substâncias com estas características são usadas para fins médicos como os benzodiazepínicos (diazepam, lorazepam, entre outros), aplicados no combate à ansiedade, mas se utilizados em grandes quantidades ou misturados a bebidas alcoólicas trazem prejuízos ao organismo e podem provocar a dependência. O álcool também é considerado uma droga depressora do SNC, apesar de provocar inicialmente um efeito estimulante. No entanto, segundo Formigoni, Galduróz e De Micheli (2008), a ação depressora é mais intensa e prolongada, motivo pelo qual ele é colocado nesta classificação.

Os inalantes ou solventes tratados de forma sinônima, segundo Lacerda, R.B, Lacerda L.A. e Galduroz (2008), são substâncias que compõem vários produtos de livre comercialização e que são inalados para obter alterações psíquicas. Estes autores citam como exemplos de inalantes/ solventes: gás de botijão, “*thinner*”, tintas, combustível, vernizes, cola de sapateiro, removedor de esmalte, entre outras substâncias. Outra substância classificada enquanto depressora do SNC é o ópio, proveniente da papoula. De acordo com Lacerda, R.B, Lacerda L.A. e Galduroz (2008), a partir do ópio são obtidas a morfina (potente analgésico) e a codeína (potente inibidor de tosse), substâncias utilizadas para fins clínicos. Ainda, a partir do ópio obtém-se também a heroína por meio de procedimentos laboratoriais.

As drogas são classificadas também enquanto perturbadoras do SNC. De acordo com Lacerda R.B. e Noto (2008), estas substâncias provocam uma série de distorções no funcionamento do cérebro, provocando delírios, alucinações e alteração na percepção do tempo e espaço. Essas drogas são chamadas também de alucinógenas ou psicodélicas. Dentro desta classificação, as drogas mais conhecidas são o LSD, o êxtase e os canabinoides.

O LSD (Dietilamida do Ácido Lisérgico) é derivado de um fungo que se desenvolve no centeio, sendo considerado a mais potente droga alucinógena. Trata-se de um líquido claro encontrado de forma mais comum em mata-borrão com figuras e desenhos. O LSD, segundo Lacerda e Noto (2008), provoca distorções na percepção de cores e formas, fusão de sentidos (ouvir uma cor, ver um som), perda

da percepção de tempo e espaço, alucinações visuais e auditivas, flashback (retorno de efeitos em momentos imprevisíveis, mesmo sem ter usado a droga no momento), delírios.

O Êxtase (metilenodioximetanfetamina- MDMA) em inglês Ecstasy, é um derivado anfetamínico sintético de efeitos mistos (estimulantes e perturbadores). É mais comum encontrá-lo na forma de comprimido, segundo CEBRID (2003), sendo conhecida como uma *club drug*, associada a festas *raves*<sup>11</sup> e música eletrônica. De acordo com Lacerda e Noto (2008), o Êxtase, diferente do LSD, pode causar dependência e até a morte, devido à hipertensão e hipertermia: a temperatura do corpo pode chegar a 42°, podendo levar a danos cerebrais, renais e cardíacos.

Os canabinoides estão entre as drogas ilícitas mais utilizadas no Brasil. Trata-se da maconha, consumida na forma de fumável e do haxixe, que provém da resina da planta e possui a propriedade tetrahidrocanabinol (THC), mais concentrada que a maconha (até 28% de THC no haxixe, ao passo que, na maconha, encontra-se aproximadamente 4,5%), segundo Lacerda e Noto (2008). Tanto a maconha quanto o haxixe, em maior ou menor proporção, provocam um leve estado de euforia, relaxamento, risos imotivados, devaneios. No II Levantamento domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, estudo envolvendo as 108 Maiores Cidades do País realizado pelo CEBRID em 2005, 8,8% dos entrevistados relatou que já haviam feito uso de maconha em algum momento da vida; 2,6% haviam usado naquele ano e 1,9% no mês.<sup>12</sup>

As substâncias são classificadas também em estimulantes do SNC. Nesta categoria, segundo Lacerda, Cruz e Nappo (2008), estão as drogas que aumentam o funcionamento do SNC, produzindo agitação, excitação e em alguns casos delírios e alucinações. No Brasil, as mais conhecidas e utilizadas são a cocaína e o crack, as anfetaminas e a nicotina.

As anfetaminas, segundo estes autores, são substâncias sintéticas (produzidas em laboratório) utilizadas para diminuir o cansaço e o sono. Exemplos

---

<sup>11</sup> De acordo com Camargo (2008) as festas raves iniciaram-se na década de 1980 na Inglaterra. A princípio, eram festas pequenas, anônimas, em que jovens se reuniam para beber, consumir drogas e ouvir música eletrônica. “[...] O acontecimento clandestino, de pequeno porte, teria tido um nome: *Really Safe Heaven*.” (GUSHIKEN, 2004, apud CAMARGO, 2008, p. 38). Traduzindo, um ‘Paraíso Realmente Seguro’. Essas festas foram crescendo em número de frequentadores e em divulgação, mas a correlação entre as mesmas e o consumo de drogas continua.

<sup>12</sup> Disponível em: <<http://200.144.91.102/sitenovo/default.aspx>>. Acesso em: 20 maio 2010.

de anfetaminas são os chamados “rebites” utilizados por motoristas para permanecer longos trajetos acordados e os inibidores de apetite. Lacerda, Cruz e Nappo (2008) apontam que o consumo de anfetaminas entre mulheres para diminuir o apetite aumentou 500% entre 1997 e 2005.

A nicotina, apesar de ser considerada uma droga lícita, é classificada enquanto uma substância estimulante, promovendo efeitos mais brandos, mas semelhantes aos das demais drogas estimulantes: sensação de bem-estar, elevação leve no humor (estimulação) e diminuição do apetite. A nicotina é considerada um estimulante leve, apesar de um grande número de fumantes relatar sensação de relaxamento quando fumam e de provocar uma dependência intensa.

Segundo Leite (1999), a cocaína é o principal alcalóide do arbusto *Erythroxylon*, planta encontrada em países andinos. Existem diversos tipos que apresentam diferentes concentrações deste alcaloide. As folhas deste arbusto são colhidas, secas e acrescidas de diferentes substâncias para produção da pasta base (utiliza-se desde querosene até bicarbonato de sódio, soluções ácidas, entre outros compostos). Esta transformação em pasta base em geral é feita próximo aos locais de plantio, comum em países como Peru, Colômbia e Bolívia. A produção final de cocaína, no entanto, exige um aparato maior e treinamento para isso, ocorrendo mais na Colômbia.

A merla é produzida a partir da pasta base da cocaína, adicionando-se produtos químicos como ácido sulfúrico, querosene, cal virgem entre outros produtos, tendo uma concentração de 40 a 70% de cocaína. É ingerida pura ou misturada num cigarro normal ou em um cigarro de maconha, tendo aparência de uma massa pastosa amarelada (a cor depende dos produtos e da preparação). Tem sido constatado o consumo de merla mais no centro e norte do Brasil.<sup>13</sup> O crack teria surgido, segundo Uchôa (1996) devido à dificuldade de se enviar a pasta-base para o refino. Adicionando-se bicarbonato de sódio à pasta base e um pouco de água, obtém-se o crack, que tem a forma de pequenas “pedras”, sendo esta também uma de suas formas de denominação. A diferença entre o crack e a merla, segundo o Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, estaria no fato de que a merla seria fabricada da pasta mais impura

---

<sup>13</sup> CARLINI, E. A. Dados do II Levantamento Domiciliar sobre Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. 2006. Disponível em: <<http://200.144.91.102/sitenovo/default.aspx>>. Acesso em: 08 jun. 2010.

da cocaína, menos processada e com a inclusão de diversas substâncias químicas.<sup>14</sup> Pelo fato de o foco deste trabalho ser o crack, irá se discutir mais sobre esta SPA no próximo capítulo.

Nos últimos meses, a mídia está vinculando notícias referentes a uma nova droga: o oxi, sendo descrita como pior do que o crack. As informações são de que se trataria de um subproduto do crack, adicionando-se à pasta base ao invés de bicarbonato de sódio outras substâncias como querosene, cal entre outros elementos<sup>15</sup>. A descrição do oxi, no entanto, assemelha-se muito à merla que já estava em consumo no país, não só pela sua composição, mas também porque ambas foram encontradas inicialmente na região norte do país. É preciso ter cautela no trato desta “nova” droga e mais estudos devem ser feitos.

### 1.5 A RECAÍDA

A dependência química, identificada como uma síndrome que é crônica, incurável, mas tratável é passível de reincidências. Durante a prática no HUOP, percebeu-se um alto índice de recaídas entre os adolescentes, sendo este um dos motivos para a realização desta pesquisa. Marlatt e Donovan (2009) afirmam que a maioria dos indivíduos que tenta mudar um comportamento considerado problemático experimenta lapsos que podem conduzir à recaída.

A recaída refere-se ao retorno ao uso de determinada substância após um período de abstinência. Segundo Washton e Zweben (2009, p. 252), não ocorre repentinamente, mas trata-se de

[...] um processo ou uma dinâmica que é posta em movimento por certas forças e como algo que envolve mudanças tanto evidentes quanto sutis nas atitudes, nos comportamentos e nas escolhas dos pacientes que os levam cada vez mais próximos ao ponto em que retomarão a adicção.

A recaída não ocorre quando o indivíduo retoma o uso regular de determinada droga: o consumo é o final de um processo de diversos eventos que

---

<sup>14</sup> Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/drogas2.swf>>. Acesso em: 08 jun. 2010.

<sup>15</sup> Informações disponíveis na Revista Perícia Federal, Ano VI, n. 21, maio a agosto de 2005. Disponível em: <<http://www.apcf.org.br/Ag%C3%A4nciaAPCF/AudioVisual/RevistaPericiaFederal.aspx>>.

podem culminar com este fato. Mello et al. (1999) cita como eventos que podem levar o indivíduo ao padrão de abuso tanto pensamentos positivos de quando usava drogas quanto no enfrentamento de situações estressantes ou na comemoração de situações alegres. O indivíduo se coloca em situações de risco (lapsos), as fissuras vão aumentando até que ele use novamente a droga.

A recaída, segundo Mello et al. (1999), não deve ser visualizada como uma falha completa do tratamento<sup>16</sup>. Com o aprofundamento na literatura sobre o tema, passou-se a verificar que a recaída pode ser evitada, o que ocorre em grande parte dos casos de dependência química, fazendo parte do tratamento, podendo ser utilizada como aprendizado para alcançar a abstinência. Washton e Zweben (2009) afirmam que uma das características que distinguem a adicção de outras doenças é a propensão à recaída, principalmente nas primeiras semanas e meses após o término do uso. No caso da cocaína, de acordo com Washton e Zweben (2009), as taxas de recaídas se mantêm altas. Portanto, a recaída deve ser considerada no tratamento da dependência química como parte integrante do mesmo.

Marlatt e Donovan (2009, p. 16) chamam a atenção para o fato de que o simples uso após um período de abstinência não significa que o indivíduo tenha recaído. Estes autores afirmam que pode ocorrer um lapso: “[...] um breve momento de retorno ao comportamento anterior”, a partir do qual o indivíduo pode desencadear um processo de recaída ou pode voltar à abstinência. O tratamento trata-se, portanto, em fazer com que o processo não evolua até a recaída. Os mesmos enfatizam que a intervenção deve prioritariamente ocorrer no sentido de prevenir este lapso inicial, mas se tal lapso ocorrer, o indivíduo deve ser tratado de modo que consiga voltar ao estágio de abstinência.

Um dos fatores que levam à recaída é a fissura que, segundo Formigoni, Kessler e Pechansky (2008, p. 09) trata-se de “[...] um desejo urgente e quase incontrolável que invade os pensamentos do usuário de drogas, alterando o seu humor e provocando sensações físicas e modificações do seu comportamento”. Em muitos casos, o adolescente não quer voltar a fazer uso da substância, mas não resiste à vontade de usá-la, recaindo. É claro que a fissura não se constitui no único motivo para a recaída, como veremos neste trabalho, mas ela deve ser considera

---

<sup>16</sup> No início dos trabalhos no HUOP, com as recorrente recaídas e reinternamentos de vários adolescentes, acreditávamos que havíamos falhado no tratamento.

enquanto fator de risco importante e que deve ser tratada, decorrendo, desse aspecto, a importância do tratamento medicamentoso. Com relação ao crack, pelos efeitos rápidos e intensos, a fissura também tem se apresentado de forma intensa, constituindo-se em um fator de risco, como será visto a seguir.

O início do uso de drogas e a ocorrência de recaídas no uso estão interligadas a fatores de risco e de proteção a que essas crianças e adolescentes estão expostos. De acordo com Scivoletto e Andrade (1999), em adolescentes o principal fator que influencia o uso de drogas é a pressão social, a pressão do grupo de amigos. Pechansky (2008, p. 57) aponta que a própria adolescência constitui-se num período em que o risco do envolvimento com drogas aumenta em parte pelas próprias características dessa fase

[...] necessidade de aceitação pelo grupo de amigos, desejo de experimentar comportamentos vistos como “de adultos” (isso inclui o uso de álcool e outras drogas), sensação de onipotência “comigo isso não acontece”, grandes mudanças corporais gerando insegurança, início do envolvimento afetivo, aumento da impulsividade e busca de sensações novas.

Pechansky (2008) afirma, ainda, que os fatores de risco podem ser divididos em ambientais, familiares e individuais. Os ambientes referem-se à influência do ambiente, à disponibilidade de droga e a próprias normas sociais que favorecem o uso de algumas drogas (tabaco e álcool, por exemplo). Os fatores familiares dizem respeito ao uso de substâncias psicoativas por familiares, conflitos familiares, famílias que não consigam desempenhar seu papel de cuidado de seus membros, entre outros fatores. No aspecto individual, os autores citam o fato de alguns visualizarem o uso de drogas como algo normal; características da própria personalidade (baixa auto-estima, agressividade, impulsividade, dificuldade de ser contrariado); a presença de transtornos psiquiátricos: transtorno de conduta, hiperatividade, déficit de atenção, depressão; características genéticas e familiares: de acordo com Formigoni, Kessler e Pechansky (2008), estudos epidemiológicos revelam que o alcoolismo, por exemplo, é desenvolvido em parte pela influência de fatores genéticos. Ainda, há outros fatores para o uso e recaída, os quais, de acordo com Pechansky (2008), seriam a sexualidade precoce, início precoce de uso de álcool e tabaco, amigos com uso de drogas, baixo desempenho escolar.

Porém, o fato de apresentar tais características não significa que o indivíduo esteja fadado a ser dependente químico. Como afirma Silveira Filho (1996), o uso de drogas é determinado pelo meio, pelo indivíduo e pela droga, processo complexo que ocorre de forma diferenciada nos diferentes sujeitos. Por isso, é interessante conhecer estes fatores para que no tratamento sejam adotadas estratégias a fim de diminuir a incidência de fatores de risco sobre o indivíduo e ampliar os fatores de proteção, o que difere para cada um.

Como sendo fatores de proteção, estes autores apontam a família enquanto importante meio de evitar diminuir a influência do grupo, característica essa bem acentuada nesse período “[...] quanto mais fortes os laços familiares, menor a influência do grupo.” (SCIVOLETTO; ANDRADE, 1999, p. 141) Entretanto, se a família não for comprometida e não estiver junto do adolescente no tratamento, ela torna-se um fator de risco. Pechansky (2008) reafirma a questão da família enquanto fator de proteção, e acrescenta enquanto fatores de proteção a religiosidade e um bom relacionamento e envolvimento escolar. Na verdade, todos os fatores de proteção podem tornar-se de risco e vice-versa, dependendo como ocorrem e das especificidades de cada sujeito.

#### 1.5.1 A PERCEPÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS SOBRE OS FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO

Questionaram-se os profissionais da rede de saúde mental quanto aos fatores de risco e de proteção para o uso e recaída no uso de crack. Pela divisão proposta por Pechansky (2008), irá se dividir os fatores de risco citados pelos profissionais em ambientais, familiares e individuais. Os fatores de proteção serão apresentados conjuntamente, pois foram citados mais fatores de risco do que de proteção e, por isso, há a necessidade da subdivisão dos primeiros. Considera-se que se faz necessário conhecer estes fatores para poder intervir adequadamente de modo a prevenir a recaída e no tratamento do pós-recaída, temas que serão tratados no capítulo 3 deste trabalho.

### 1.5.1.1 Fatores de risco familiares

O fator de risco mais citado por 12 profissionais foi a família, em algumas situações, como quando ocorre a **co-dependência**:

Porque ainda nós temos casos em que a mãe liga e fala “Ai filho, eu queria tanto que você estivesse aqui comigo, eles tiraram você da mamãe, porque eu estou precisando de você”. Porque na verdade, ela tem um filho em casa que rouba para ela, que traz as coisas para dentro de casa, então é complicado, sabe [...] Porque às vezes a família é conivente com essa situação, é co-dependente. Então é muito difícil você trabalhar. (Sujeito 1)

[...] Às vezes a própria família é o maior fator de risco, ele seria o melhor da família. A família usa (o adolescente) até como bode-expiatório de uma série de coisas. (Sujeito 11)

De acordo com Kalina (1987, p. 36) “Toda dependência tem sua fonte inspiradora na família ou no meio social imediato e/ou mediato.” A família pode, em muitos casos, sabotar o tratamento, segundo Kalina (1987, p. 42-43), pois o tratamento irá descobrir as patologias de cada um, tirando do toxicômano a responsabilidade de bode expiatório que até então estava relegada a ele, assim como o próprio usuário poderá ter dificuldades de ocupar outro lugar na família:

Poucas famílias suportam a chaga narcisista que implica considerar-se co-gestores da “mancha familiar” que representa um dependente de drogas. É preferível ver o dependente como “a ovelha negra que se extraviou no caminho”. O próprio dependente se rebelará diante da ameaça de ver-se deslocado de seu “papel privilegiado”. O enfoque terapêutico deve tender a reverter essa tendência de colocar sobre um dos membros toda a “carga” familiar e dividir o “fardo”, para depois proceder a uma transformação do grupo.

Outra situação na qual a família passa a ser um fator de risco é quando a mesma **não adere ao tratamento**:

A família não se envolve com o tratamento do usuário. Muitas famílias acham que o início da droga é por safadeza, é por sem-vergonhice, e não acreditam na recuperação de seus próprios filhos. Muitas vezes a família “larga mão”. [...] (Sujeito 10)

Percebe-se, na fala anterior, que muitas vezes falta à família compreensão sobre a dependência química, permanecendo a compreensão moral.

Outro aspecto, citado pelos profissionais que torna a família um fator de risco é quando a mesma apresenta muitos **conflitos e desarranjos**:

[...] Acredito que famílias desestruturadas, famílias que tenham assim muitas brigas, não só famílias que já tem um dependente, que tem um alcoolista, mas assim, famílias desestruturadas, com situações conflitivas, de brigas, de discussões frequentes, de não conseguir sentar, conversar. Acho que isso também estimula a fazer com que o adolescente saia de casa e se sinta mais acolhido pelo grupo dele, porque lá em geral eles vão conversar de algo que eles gostam de conversar, se sentir iguais aos demais. (Sujeito 8)

Compartilha-se da compreensão de família de Miotto (2010, p. 167-168) que define-a enquanto:

[...] um espaço altamente complexo. É construída e reconstruída histórica e cotidianamente, através das relações e negociações que estabelece entre seus membros, entre seus membros e outras esferas da sociedade e entre ela e outras esferas da sociedade [...] ela também é uma unidade de cuidado. [...] ela não é apenas uma construção privada, mas também pública e tem um papel importante na estruturação da sociedade em seus aspectos sociais, políticos e econômicos.

A família, portanto, não está restrita às relações entre seus membros. A partir da compreensão trazida por Miotto (1998), percebe-se que a família é influenciada, também, por fatores externos, que devem ser considerados quando da intervenção. Por outro lado, compreende-se que a família é o primeiro espaço de socialização do usuário e que precisa atender a certas necessidades, como o cuidado e a proteção. De acordo com Saraceno (1997, p. 21), a família também é entendida como espaço de construção de significados:

[...] é dentro das relações familiares, tal como são socialmente definidas e regulamentadas, que os próprios acontecimentos da vida individual que mais parecem pertencer à natureza, recebem o seu significado e através deste são entregues à experiência individual: o nascer e o morrer, o crescer, o envelhecer, a sexualidade, a procriação.

A família não é naturalmente instituída: ela é historicamente construída e passa por mudanças. No entanto, em todos os tempos, a família sempre representou o espaço primário de socialização. Porém, muitas vezes ela não

consegue cumprir seu propósito. Quando ela não consegue atender essas necessidades, faz-se necessário que o Estado interfira para auxiliar no desenvolvimento de seus membros. O problema é que, em muitos casos, nem a família nem o Estado estão conseguindo cumprir seus papéis.

Segundo os profissionais entrevistados a família apresenta-se também como fator de risco, quando há outros **familiares que fazem uso de SPAs**:

[...] se tiver um familiar que seja usuário, ela vai se tornar fator de risco, e a gente percebe muito. Às vezes o próprio pai, mãe é traficante, é usuário, ou às vezes tem problemas familiares, separação, brigas para ver com quem vai ficar a criança, ou às vezes a mãe ou o pai abandonam a criança, fica com a avó, com a tia, com terceiros. Ou às vezes a gente percebe que muitos usuários vivem sem um lar, sem uma família. A família nesse caso vira um fator de risco. Por isso eu acho muito complexo. (Sujeito 7)

Kalina (1987, p. 66) afirma que a sociedade e algumas famílias possuem uma cultura psicotóxica:

[...] Pais que bebem, fumam, tomam remédios compulsivamente, vão mostrando uma cultura tóxica, e somente esta, como modelo único, mas falam aos filhos sobre os bons caminhos que devem seguir, em contradição total com aquilo que apresentam como exemplo.

É importante ressaltar que uma cultura psicotóxica não está restrita às SPAS ilícitas: famílias que recorrem a medicações como solução para todos os males, podem criar nos filhos a ilusão de que as drogas -sejam remédios, sejam substâncias ilícitas- são a saída para todos os problemas.

#### 1.5.1.2 Fatores de risco ambientais

Conforme já apontado por Pechansky (2008), os fatores ambientais referem-se à influência do ambiente, o qual se configura na realidade vivenciada pelos adolescentes: a família, o lugar de moradia, a influência do grupo de amigos, o envolvimento com a contravenção / tráfico de drogas, a disponibilidade de droga e as próprias normas sociais que favorecem o uso de algumas drogas. Os fatores ambientais mais citados pelos profissionais serão apresentados de forma decrescente, iniciando-se pelos mais citados.

Sete dos quinze profissionais citaram os **amigos e a pressão do grupo** como fator contribuinte para o uso e principalmente para a recaída:

O que a gente observa muito assim deles é a influência muito dos amigos fora, eles tem muito a questão dos amigos, isso é fato. Todos eles vão pelos amigos, o grupo que eles têm. Poucos dizem “ah, eu fui lá, eu comprei porque eu queria usar”, nós tivemos assim um ou dois casos assim “porque eu gosto, eu uso e pronto”. [...] Mas a questão que eu vejo maior é as amizades, do círculo de amizades. (Sujeito 5)

De acordo com Scivoletto e Andrade (1999), na fase da adolescência o indivíduo adquire maior autonomia com relação aos pais, na tentativa de construção de sua identidade e, concomitantemente a isso, identifica-se mais com seus pares, seus amigos. O grupo passa a adquirir maior importância na vida de um adolescente do que sua família. Por esse fato, se o adolescente inserir-se em grupos com uso de SPAs, o risco de passar a adotar essa conduta é grande.

Outro fator ambiental/ social citado por seis dos entrevistados enquanto um fator de risco para o uso e para a recaída no uso é o envolvimento com o **tráfico de drogas**. Muitos destes adolescentes, além de serem usuários, estão envolvidos com o tráfico e esta atividade por ser rentável, pode atraí-los e favorecer o retorno ao uso:

[...] muitas vezes ele acaba traficando para poder manter o seu vício. E justamente nesse período que ele acaba entrando no tráfico, que ele percebe a rentabilidade do tráfico. (Sujeito 3)

Além do envolvimento do adolescente com o tráfico de drogas, esta atividade tem se intensificado cada vez mais, tornando a disponibilidade da droga cada vez mais fácil. O adolescente conhece os locais de venda da droga, denominados por eles mesmos enquanto “bocas” e mantem contato com os traficantes. A facilidade de acesso à droga e o valor reduzido do crack em relação a outras drogas, como a cocaína, configuram-se como fatores que facilitam o uso e a recaída:

[...] muitas vezes ele mora de frente com a “boca”. Então para eles fica complicado, voltar para dentro de casa e não ter uma fiscalização familiar, não ter um ganho familiar naquela família, que muitas vezes... se perdem. (Sujeito 10)

Scivoletto e Andrade (1999, p.141) colocam que “[...] quanto maior a oferta e menor o preço, maior a facilidade de consumo da substância psicoativa”. Essa informação é verdadeira também com relação ao crack: a disseminação da droga e o baixo custo, aliados aos efeitos potentes que a mesma proporciona e o poder de dependência que exerce, fazem com que o crack tenha esse alcance e repercussão nacional.

A **realidade social** vivenciada pelos adolescentes foi citada por 26% dos profissionais como um fator de risco. O retorno a este convívio e ao cotidiano no qual se tinha a droga presente são fatores que dificultam a abstinência do crack:

[...] eles vão sair daqui, eles vão voltar para o mesmo local onde eles moram, conviver com as mesmas pessoas com quem conviviam, com traficantes, com outros usuários ou dependentes. Sem estrutura familiar, sem ocupação. [...] São fatores de risco que acabam levando ao uso. [...] Ninguém vai tirar ele, dar outra casa, outro lugar, vai tirar daquele meio. E mesmo essas famílias por morarem nesses lugares já são meio excluídas e discriminadas. (Sujeito 15)

Essa questão é complexa de se resolver. Além da influência da realidade social e da convivência com pessoas que exercem a prática da contravenção, o profissional acima ainda aponta para a discriminação que os usuários e suas famílias sofrem, o que dificulta ainda mais a mudança e a adesão ao tratamento.

Verificou-se, por meio das falas dos profissionais entrevistados e também pela prática realizada, que muitas dessas crianças e adolescentes que reincidem no uso de crack e outras SPAs estavam **excluídas de muitos direitos** antes mesmo do uso de drogas. A droga foi, em muitos casos, apenas mais um fator de um histórico de diversas exclusões e em muitas situações, constituiu-se em uma estratégia de inclusão em algum grupo:

Se a gente for verificar, hoje a demanda que nós atendemos, fazer um estudo mesmo das necessidades dessas famílias, são muitas as necessidades, quase não tem direito a nada. Isso não significa que crianças e adolescentes ou até adultos que tem condições socioeconômicas boas, também não estejam usando drogas. Mas, uma grande maioria da nossa demanda, está privada dos direitos básicos, não tem sequer luz ou água, ou a própria moradia, alimentação, escola, estão excluídos de muitas coisas. Bens que eles teriam como direito e é o mínimo para a sobrevivência. (Sujeito 12)

A criança e o adolescente em muitos casos foram excluídos da escola, da família, do acesso a direitos básicos para seu desenvolvimento, e quando ele retorna ao convívio social depois de um tratamento, muitas vezes encontra essas portas fechadas, dificultando a mudança de vida:

[...] o que a gente vê na verdade que acaba facilitando a recaída é essa falta de apoio depois, o adolescente não encontra em casa, ou às vezes a dificuldade de estar encaminhando esse adolescente para outros programas para que estejam participando, para que venham, para que o adolescente depois ele consiga ser inserido no colégio, para que ele consiga ser inserido no programa. [...] (Sujeito 3)

Scivoletto e Andrade (1999, p. 140) referendam o peso que a convivência social exerce no uso de SPAs nos adolescentes:

No caso dos adolescentes, um dos principais fatores que leva o jovem a experimentar uma droga é a influência social. As características da própria droga e do indivíduo estão mais relacionados com a repetição e manutenção do uso.

No caso de adolescentes, o convívio social parece exercer maior influência do que a família. Nos tratamentos oferecidos, é preciso que se considere essa questão, pensando em estratégias para envolver e trabalhar também o grupo de amigos do adolescente.

A **ociosidade** das crianças e adolescentes, ocasionada pela falta de acesso a serviços também é colocada como fator de risco pelos profissionais para o envolvimento com atividades ilícitas e o consumo de drogas:

Porque junto com a droga a gente sabe que a criança fica às vezes o dia inteiro sozinha em casa, vai para escola se ele quer, não tem nenhum adulto que faça supervisão desse adolescente, muito tempo livre, não tem atividades extraescolares [...]. (Sujeito 2)

Outro fator de risco citado por profissionais foi a **falta de cuidados dos serviços de atendimento primário**. A identificação precoce da dependência química sugere que o usuário chegue aos serviços com menos sequelas. E mesmo nos casos em que o uso ainda não ocorreu, mas há fatores de risco naquela família que podem levar crianças e adolescentes ao uso, os profissionais tanto das UBS

quanto dos CRAS, escolas, associações de moradores, entre outras instituições, deveriam iniciar a intervenção:

O fato de não conseguir atender a criança e o adolescente no momento em que ele começa a apresentar os primeiros sintomas, ou mesmo antes de iniciar, quando ele vive numa família onde já existem riscos, que já existem possibilidades de que ele venha a fazer uso da droga. Quando não se consegue atingir isso, essa base, esse momento inicial, fazer uma prevenção, a gente sempre vai correr esse risco de atender uma pessoa em quem temos que apostar muito para que ela possa realmente parar de usar. Porque daí já não é só ela: é uma família toda que está doente, que precisa de ajuda. (Sujeito 12)

Quanto maior a demora na busca por tratamento, mais o uso se cronifica e maiores são os problemas que decorrem do uso de crack, tanto físicos (danos cerebrais, gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis) quanto sociais (envolvimento com situações de conflito com a lei, perda de vínculos familiares), sendo maior, conseqüentemente, a dificuldade do tratamento e menores as possibilidades de abstinência.

#### 1.5.1.3 Fatores de risco individuais

Além dos fatores individuais citados por Pechansky (2008), dois dos profissionais apontam, como fator de risco no aspecto individual, o fato de **o adolescente não conseguir perceber-se e colocar-se propositadamente muitas vezes em situações de risco:**

[...] o adolescente, não consegue perceber que está em risco. [...] ele não tem essa percepção que o adulto já tem com as perdas. O adolescente não acha que ele tem perda. Por mais que você veja assim 'mas você está estudando?' 'Não. Mas eu não estou estudando não é por causa da droga, é porque eu não gosto de estudar.' Ele não vê que ele já tem uma perda cognitiva em função do uso da droga. 'Você está fazendo alguma outra atividade além do uso da droga?' 'Não.' Então para ele não é problema ele fazer 'correria'<sup>17</sup>, ele se envolver com esses amigos. Ele não se percebe em risco pelo uso da droga. (Sujeito 2)

---

<sup>17</sup> Correria é o termo conferido pelos usuários em Cascavel para o tráfico de drogas: buscar e levar drogas.

De acordo com Scivoletto e Andrade (1999), os adolescentes possuem a tendência de se envolverem em atividades de risco, em parte devido aos hormônios sexuais e, por outro lado, pela necessidade de auto-afirmação, para si mesmos (busca da identidade) e diante do grupo.

Outro fator de risco apontado pelos profissionais é a **falta de compreensão que as crianças e adolescentes têm sobre o que os leva a usar e a recair no uso de drogas:**

[...] A grande maioria não sabe dizer o que aconteceu [...] eu não percebo nem que eles têm uma percepção do que está acontecendo. [...] Eles não tem nem noção do que a droga traz de prejuízo. E não só o crack: a vida que eles levam, o risco que eles tem de virem a morrer, de se machucarem. A grande maioria que eu vejo não tem essa percepção [...] A maneira como eles vivem “ah, se eu morrer tudo bem”. A impressão que me dá é que não é que eles não dão tanta importância para a vida, é que eles não tem nem a noção do que é isso tão claro [...].(Sujeito 8)

Verifica-se nessa fala também a **falta de valorização da vida** enquanto um fator de risco para a incidência e reincidência no uso de drogas. Segundo Kalina (1987) o dependente químico possui um projeto de morte, pois sua vida está organizada em função da droga e o destino final seria a degradação física, moral e até a morte, fato ilustrado na fala de um dos profissionais entrevistados:

[...] Teve um caso de um adolescente nosso que morreu, ele foi que mais me marcou, foi muito claro: o pai foi embora, abandonou, a mãe era usuária de crack e ele não tinha ninguém por ele. Quando ele se despediu do CAPS, falou que não ia mais fazer tratamento, ele desenhou o caixão dele e me entregou na sessão de terapia. Ele já sabia. Qual era o plano dele? Era um plano de morte [...] Então ele foi, saiu de casa, falou “não quero mais tratamento, não vou mais parar de usar droga”, foi para o contexto do tráfico e questão de meses ele morreu. Ele já tinha o plano dele. (Sujeito 9)

O dependente químico, de modo geral, gradativamente passa a viver em função da droga. Mas entre usuários de crack esse processo parecer ocorrer de modo mais drástico do que em outras SPAs: ele perde a perspectiva de vida e passa a viver um plano de morte. O dependente de crack, de modo bastante enfático, vai perdendo os padrões sociais e alguns chegam a **não querer parar de fazer uso**, sendo este também um fator de risco citado pelos profissionais entrevistados:

Existem adolescentes que não querem parar de usar droga. Eles são muito claros, eles não veem prejuízo. (Sujeito 9)

Por outro lado, **os efeitos do crack e a forte fissura** que esta droga ocasiona dificultam também a adesão ao tratamento e levam muitos usuários à recaída:

Acontece muita recaída primeiro porque o nível de dependência é muito alto, pela própria característica da droga. E a gente olha assim, essa questão da recaída falando específico do crack, algo possível de acontecer justamente por essa realidade que a gente tem. (Sujeito 3)

[...] Eu acredito que tem também algo orgânico nisso, tem algo assim também, num primeiro momento, de uma satisfação pelo uso e depois, mesmo que o uso traga sintomas desagradáveis, eles acabam tendo assim, algo orgânico que faça eles usarem. Eu acredito que tem o orgânico associado a todo o resto, toda situação social, familiar, eu acredito que tem. (Sujeito 8)

Existem medicamentos que amenizam a fissura e os efeitos da falta da droga, mas não existem medicações específicas para o crack. Silva e Mattos (2009, p. 37-38) explicam que:

[...] o indivíduo passa a exibir um comportamento compulsivo pela droga- o chamado craving, ou “fissura”, que é um desejo duradouro, existente mesmo quando a motivação básica para consumir a droga já não é o prazer imediato ou a necessidade de evitar o desprazer da abstinência. Isso ocorre porque há um processo de adaptação neuronal: os estímulos motivacionais associados com os sistemas de recompensa do cérebro ficam cada vez mais fortes, na medida em que a experiência se repete. O comportamento se torna, assim, cada vez mais compulsivo.

Os fatores de risco e de proteção não significam que pessoas que vivenciam essas situações irão fadidamente tornar-se dependentes químicos. A dependência química é multicausal, como colocam os próprios profissionais:

Na verdade, vários são os fatores de risco. [...] Na verdade, assim, não tem uma fórmula. Como é um tratamento ímpar, você tem que procurar conhecer tudo o que você pode daquele adolescente, do seu meio, de onde ele mora, quais são os fatores de risco que estão levando ele às recaídas [...] E aí com isso você tentar montar estratégias para cada um. (Sujeito 11)

Faz-se necessário conhecer estes fatores de risco para realizar o planejamento do tratamento e para implementar ações preventivas para públicos em maior situação de vulnerabilidade, oferecendo atividades para o desenvolvimento de suas capacidades e enfrentamento de suas dificuldades. De modo geral, Scivoletto e Andrade (1999, p.150) apontam enquanto principais fatores de risco para adolescentes:

[...] festas com “amigos de uso”; uso de outras drogas, tais como álcool e maconha [...] crença de que já estão “fortes” o suficiente para resistirem ao desejo de usar, minimizando os riscos de recaída. Ao contrário dos adultos que recaem porque não tem amigos ou uma vida social ativa, os adolescentes recaem mais frequentemente como resultado da pressão de seus colegas, especialmente aqueles que acreditam que usar SPA pode ajudá-los em suas interações sociais. Este é um dos fatores que mais dificulta o sucesso no tratamento.

Verifica-se, portanto, que os fatores de risco são diversos e são variáveis para cada indivíduo. Uma das estratégias de tratamento configura-se no levantamento dos fatores de risco e na tentativa de sua amenização ou extinção, bem como no fortalecimento dos fatores de proteção, que veremos a seguir.

### 1.5.2 Fatores de Proteção

A **família** foi citada pelos profissionais como fator de risco, mas foi apontada também por cinco dos profissionais como o maior **fator de proteção**. O estabelecimento de fatores de risco e de proteção é relativo, pois o que para uma pessoa configura-se enquanto fator de proteção, para outra pode ser um fator de risco. A família é um exemplo: quando a família não se envolve no tratamento, passa a ser um fator de risco. Quando se consegue estabelecer um vínculo entre família e adolescente, adolescente e serviço, constitui-se em um fator de proteção:

[...] quando a família participa do tratamento melhora em todos os sentidos a evolução do paciente. [...] (Sujeito 12)

Acho que a primeira como fator de proteção é a família participar do tratamento também. Porque a gente já teve casos assim: que o adolescente não queria vim, mas a família vinha para o atendimento e daí ele começou a perceber que a família estava ah, então minha mãe quer que eu pare mesmo', começou a perceber que ela estava

se interessando por ele, digamos assim, entre aspas, tendo mais atenção em relação a ele. [...] (Sujeito 2)

Scivoletto e Andrade (1999, p.141) afirmam que o fortalecimento dos vínculos familiares pode auxiliar no enfrentamento aos vínculos estabelecimentos com grupos de amigos usuários:

Uma tendência da adolescência é a separação do indivíduo de sua família. Os adolescentes passam a valorizar muito o grupo de amigos, sendo que estes podem influenciá-lo a iniciar e manter o uso de drogas [...] Quanto maior a interação do adolescente com um determinado grupo, maior a chance de o mesmo influenciá-lo. Estudos mostram que um fator de proteção seria a família: quanto mais fortes os laços familiares, menor a influência do grupo. Sabe-se, também, que jovens em que as relações afetivas são mais precárias tem maior risco de abusarem de substâncias psicoativas.

Além da família, foi apontado para a importância de **preparar esse adolescente para construir vínculos saudáveis com amigos não usuários:**

[...] a gente tem que habilitar a família a fazer com que ele vislumbre novos amigos, que é o que a gente procura fazer com ele aqui, busque esse prazer da droga em outras coisas mais saudáveis. Mas o fator que a gente tem procurado mais é habilitar a família e o adolescente para que ele possa ter um lugar ou que ele tenha um namorado, ou uma namorada que não é usuário, então referenciar esse indivíduo. (Sujeito 5)

Do total de profissionais entrevistados, 20% consideraram importante **inserir as crianças e adolescentes usuárias de crack e outras SPAs em atividades de lazer, esportes, cultura**, que substituam o uso de drogas e envolvam este público em atividades que desenvolvam suas potencialidades:

[...] os fatores de proteção como o trabalho na escola, essa conscientização sobre o uso da droga, o envolvimento do adolescente com outras atividades, lazer, esportes, acho que todos são fatores que podem proteger o adolescente da droga. (Sujeito 13)

Com relação aos serviços, um dos profissionais entrevistados apontou a necessidade de estes serviços contarem com uma **equipe de profissionais capacitados e estrutura física adequada:**

[...] Outro fator importante é profissionais mais bem preparados para atuar nesta área, bem como melhores estruturas físicas. Hoje a gente ainda tem muita dificuldade em atender os pais dependentes químicos de crianças e adolescentes que recebem atendimento no CAPS ad, por não termos serviços suficientes para a demanda adulta. (Sujeito 12)

**Ter uma perspectiva de futuro, um projeto de vida** pode auxiliar a criança e o adolescente a não fazer uso de drogas e a não recair no uso.

[Essa perspectiva de futuro] é um fator de proteção para a não reincidência. Porque daí ele está seguindo o caminho dele, ele sabe que é a alternativa dele. [...] Então acho assim: adolescente para ter mudança, ele tem que mudar de contexto, ele tem que ter uma boa estrutura e ele tem que ter uma perspectiva de futuro. Ele tem que saber que ele tem a possibilidade de fazer alguma coisa na vida dele. E muitas vezes a gente não consegue atingir. (Sujeito 9)

A criança e o adolescente usuário de SPAs precisam substituir a visão da vida resumida à droga por outras possibilidades. Quando essa substituição ocorre, ou seja, quando o paciente visualiza suas potencialidades e possibilidades, isso se torna um fator de proteção à recaída e ao uso.

O vínculo do adolescente com a família e com o serviço, de modo que se faça com que ele se identifique com outras coisas e pessoas além da droga, torna-se um fator de proteção:

[...] Quando a gente consegue fazer o vínculo familiar, isso é uma medida de proteção: vínculo familiar entre o adolescente e o serviço, isso é um meio de proteger o adolescente para não voltar a recaída. (Sujeito 10)

Além disso, os profissionais apontam que é preciso **fortalecer a criança e o adolescente para identificar e enfrentar os fatores de risco**. Por mais que a criança e o adolescente ainda não tenham condições plenas de responderem pelos seus atos, eles são cidadãos que possuem o direito à opinião e como tal, devem ser preparadas para enfrentar os fatores de risco, as situações e pressões que irão sofrer para voltar ao uso de SPAs:

[...] Por mais que ele esteja um bom tempo abstinente, a gente continua o acompanhamento justamente para estar trabalhando com ele, porque ele vai ter que lidar, a criança e o adolescente vai ter que lidar com esses fatores que podem levar a recaída. [...] mesmo

sendo criança e adolescente a gente sempre trabalha nesse sentido, de mostrar que ele sempre vai ter que se manter em tratamento mesmo ele não sendo acompanhado no ambulatório ou em algum outro local, ele mesmo vai ter que estar sempre se cuidando, porque é complicado dizer assim “não estou usando mais crack, não sou mais dependente”. Não dá para olhar dessa forma. (Sujeito 3)

Scivoletto e Andrade (1999, p. 147) ressaltam que não se deve apontar apenas para fatores externos enquanto responsáveis pelo uso de SPAs em adolescentes, pois “[...] corre-se o risco de subestimar a capacidade do adolescente de decidir sobre si mesmo e, portanto, diminuir a importância de suas ações no decorrer de seu tratamento.”

Os fatores de risco e proteção, portanto, são relativos, dependendo de cada situação e de cada usuário. O maior fator de proteção é a equipe realizar um estudo de cada usuário e verificar o que pode ser feito naquele momento:

[...] Na verdade, não tem uma fórmula, a gente está procurando. Como é um tratamento ímpar, você tem que procurar conhecer tudo o que você pode daquele adolescente, do seu meio, de onde ele mora, quais são os fatores de risco que estão levando ele às recaídas [...] E aí com isso você tentar montar estratégias para cada um. (Sujeito 11)

Ribeiro e Laranjeira (2010) referendam a importância da avaliação dos fatores de proteção e risco do paciente enquanto uma das principais áreas de avaliação. As estratégias estabelecidas pelas equipes multiprofissionais e pela literatura da área com relação ao tratamento de usuários que reincidem no uso de crack serão esmiuçadas no capítulo 3, mas de antemão reforça-se a importância da identificação desses fatores nos pacientes atendidos, tanto por uso de crack quanto de todas as demais SPAs.

## 1.6 TIPOS DE TRATAMENTO E DE ABORDAGEM DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Entre os diversos autores, existe o consenso de que não há um único caminho para enfrentamento da dependência química e essa assertiva se

aplica também ao crack. Laranjeira (2010) apresenta treze princípios do tratamento efetivo apontados pelo *National Institute on Drug Abuse*<sup>18</sup> (NIDA, 2009):

**Quadro 5 – Princípios do tratamento efetivo- National Institute on Drug Abuse (NIDA)**

|     |  |
|-----|--|
| 1.  | Nenhum tratamento é efetivo para todos os pacientes.   |
| 2.  | O tratamento necessita ser facilmente disponível.  |
| 3.  | O tratamento deve atender às várias necessidades e não somente ao uso de drogas.                           |
| 4.  | O tratamento necessita ser constantemente avaliado e modificado de acordo com as necessidades do paciente. |
| 5.  | Permanecer em tratamento por período adequado é fundamental para a efetividade.                            |
| 6.  | Aconselhamento e outras técnicas comportamentais são fundamentais para o tratamento.                       |
| 7.  | Medicamentos são importantes, principalmente quando combinados com terapia.                                |
| 8.  | A comorbidade deveria ser tratada de forma integrada.  |
| 9.  | Desintoxicação é só o começo do tratamento.  |
| 10. | O tratamento não necessita ser voluntário para ser efetivo.  |
| 11. | A possibilidade de uso de drogas deve ser monitorada.  |
| 12. | Avaliação sobre HIV, hepatites B e C e aconselhamento para evitar esses riscos                             |
| 13. | Recuperação é um processo longo e muitas vezes necessita de vários episódios de tratamento.                |

**Fonte:** Laranjeira (2010, p. 16).

Entre as diferentes formas de abordagem, o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) cita o **tratamento no modelo clássico, psicoterápico, medicamentoso**, entre outros que serão explanados.<sup>19</sup>

O **tratamento clássico** é baseado na internação hospitalar como meio para geração da abstinência desejada. Constitui-se num modelo com custos elevados e que não se constitui em garantia de abstinência posterior. Com a Reforma Psiquiátrica (DESVIAT, 1999), este modelo foi paulatinamente sendo substituído pelo atendimento ambulatorial, tendo como referência a Lei Nº 10.216, de 6 de Abril de 2001<sup>20</sup>, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o modelo assistencial em saúde mental, baseado no atendimento ambulatorial e comunitário ao paciente. Porém, ele

<sup>18</sup> Trata-se de um instituto governamental norte-americano de pesquisa cuja missão é “guiar a nação a apoderar-se do poder da ciência para enfrentar o abuso de drogas e a dependência”. Informações disponíveis em: <<http://www.nida.nih.gov/about/aboutnida.html>>. Acesso em: 16 jun. 11.

<sup>19</sup> Informações disponíveis em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Acesso em: 23 nov. 2009.

<sup>20</sup> Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 10 mar. 2010.

continua a existir e no entender desta pesquisa, a ter seu lugar no tratamento, principalmente no momento da desintoxicação de usuários de crack.

Outro tipo de abordagem utilizado é o **psicoterápico**, que pode seguir diferentes linhas de pensamento, como psicanálise e psicologia comportamental. São destacados enquanto principais tipos de abordagem para dependentes de drogas os 12 passos (utilizado pelos grupos de auto-ajuda Alcoólatras Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA), entre outros); entrevista motivacional; intervenção breve e técnicas de moderação; prevenção de recaída; terapia de família; entre outras (BRASIL, 2008).

A técnica da **entrevista motivacional**, formulada por Miller e Rollnick, baseia-se na terapia cognitivo-comportamental, e trata-se, segundo Sales e Figlie (2007, p. 60) de

[...] um meio particular de ajudar as pessoas a reconhecer e fazer algo a respeito de seus problemas, ao explorar e resolver a ambivalência, por meio de um aconselhamento diretivo e centrado no cliente. O objetivo é aumentar a motivação intrínseca e colocar o cliente a caminho de uma mudança duradoura.

Silva et al. (2010) aponta que a entrevista motivacional possui dois conceitos principais: o da ambivalência e da prontidão para mudança. Os autores referem que o sentimento ambivalente é comum entre dependentes químicos: por um lado, veem as consequências negativas e querem parar com o uso, mas ao mesmo tempo, mantem-se o desejo de continuar o uso, pois de certa forma, a droga, seja qual for, traz benefícios. Uma das tarefas da entrevista motivacional seria auxiliar o usuário a resolver essa ambivalência, sem, no entanto, confrontá-lo. Aqui se faz importante compreender o outro conceito, a prontidão para a mudança. Essa prontidão não se estabelece da mesma forma para todos os usuários. Prochaska et al. (1992) estabeleceu um modelo de estágios de mudança mostrando os diferentes comportamentos em relação às drogas:

### Quadro 6 – Estágios motivacionais

|  |
|--|
| <p><b>Pré-contemplação</b><br/>O indivíduo sente-se no controle da situação, não percebe os prejuízos atuais ou potenciais nem cogita mudança. Essa fase é marcada pela resistência a qualquer orientação.</p> <p><b>Contemplação</b><br/>O indivíduo reconhece o problema (atual ou futuro) relacionado ao consumo, cogita a necessidade de mudar, mas também valoriza os efeitos positivos da substância e o quanto gosta e precisa dela. Trata-se de uma fase marcada pela ambivalência.</p> <p><b>Preparação</b><br/>O indivíduo reconhece o consumo e começa o tratamento. A ambivalência, porém, o acompanhará durante todo o trajeto, o que justifica que seja acompanhado periodicamente por um longo período.</p> <p><b>Manutenção</b><br/>A manutenção da abstinência será sempre colocada em xeque pela ambivalência e pelos fatores de risco que o acompanham. É um período dedicado à prevenção da recaída.</p> |
|--|

**Fonte:** Miller e Rollnick (2001, apud SILVA et al. 2010, p.176)

A entrevista motivacional busca verificar o estágio em que o usuário se encontra para partir de onde ele está. Segundo Silva et al. (2010), trata-se ao mesmo tempo de uma técnica e de um estilo de tratamento que possui entre outras características a expressão de empatia para com o usuário, a oferta de escuta reflexiva, levando os usuários a estarem mais motivados para a mudança de comportamento.

A **Prevenção da Recaída (PR)** é uma estratégia de intervenção também baseada na terapia cognitivo-comportamental, que compreende que o pensamento afeta o comportamento. O foco principal da Prevenção de Recaída é manter a mudança do hábito (não usar drogas), antecipando situações de risco e buscando lidar com elas. Como o próprio Marlatt, criador da estratégia define, o objetivo da Prevenção de Recaída “[...] é tratar o problema da recaída e gerar técnicas para prevenir ou manejar sua ocorrência” (MARLATT, WITKIEWITZ, 2009, p. 15) Sakiyama e Ribeiro (2010) acrescentam ainda que o objetivo fundamental da prevenção da recaída é auxiliar o indivíduo a gerenciar suas situações de risco e estados emocionais que possam levá-lo a volta ao uso.

Sakiyama e Ribeiro (2010) apontam que a Prevenção da Recaída combina procedimentos de treinamento das habilidades comportamentais, intervenções cognitivas e mudanças no estilo de vida. Segundo estes autores, para a prevenção da recaída a dependência química é um hábito adquirido e aprendido. Para deixar a dependência química, é preciso que outros comportamentos sejam aprendidos e que situações de risco sejam identificadas e evitadas.

Jungerman (2007) aponta que o primeiro passo da PR é a conscientização do usuário de que ele precisa mudar. Para isso, indica a utilização da Balança Decisional: o profissional auxilia o usuário a pesar as vantagens e desvantagens de usar a SPA, possibilitando verificar que apesar de vantagens trazidas pelas drogas, as desvantagens são mais duradouras, o que pode leva-lo a querer parar com o uso. Depois de reconhecido o problema, parte-se para o treinamento de habilidades: realiza-se um levantamento das habilidades que o indivíduo possui e das que precisam ser trabalhadas para que consiga enfrentar as situações de risco, aprendendo a negar as drogas. A mudança nos hábitos de vida é indicada para manutenção da abstinência. A autora refere que a PR propõe a substituição das adições negativas (drogas) por positivas (esportes, por exemplo).

Jungerman (2007) afirma que diversos estudos demonstram que a PR é efetiva no tratamento da dependência química, tanto de forma individual quanto no trabalho em grupo. Segundo esta autora, muitos estudos apontam que a PR traz um aprendizado a pessoa mais duradouro e que a tendência é a diminuição das recaídas e da intensidade das mesmas, pois o usuário aprenderia com suas recaídas.

A **Intervenção Breve** (IB) constitui-se em outra abordagem terapêutica que pode ser utilizada no tratamento da dependência química e principalmente na detecção precoce. De acordo com De Micheli e Formigoni (2008), possui como objetivo identificar o problema do uso de determinada SPA, motivar o usuário a mudar de comportamento e sugerir estratégias para que essa mudança ocorra. A IB, como o próprio nome indica, pode ser realizada de forma rápida e em qualquer espaço de atendimento de saúde. Recomenda-se a utilização de instrumentos já sistematizados e reconhecidos para a realização do diagnóstico da dependência química como o AUDIT e ASSIST para adultos e o DUSI e o T-ASI para adolescentes.<sup>21</sup>

A **terapia familiar**, de acordo com Payá (2007, p. 213), pode ser entendida “[...] como qualquer intervenção que envolva um ou mais membros no processo de tratamento.” A terapia familiar entende que o comportamento do usuário pode trazer reflexos à família e vice versa.

---

<sup>21</sup> Para maiores informações sobre esses instrumentos consultar BRASIL. SENAD. SUPERA. **Guia do Estudante e módulos**. Brasília: SENAD, 2008. CD-ROM.

A autora apresenta diferentes tipos de abordagens utilizados na terapia familiar:

- Abordagem reativa: entende que a família precisa ser trabalhada pelas consequências que sofre ao ter um membro dependente;
- Abordagem patológica: compreende que familiares de dependentes químicos desenvolvem relações patológicas (co-dependência) e por isso devem ser trabalhados;
- Abordagem causal: o problema não está no indivíduo e sim na família que se não for trabalhada, manterá o indivíduo doente;
- Abordagem colaborativa: proposta de trabalho com a família e não na família. Enfatiza resultados positivos do funcionamento familiar e considera a família muito mais do que coadjuvante do tratamento.

Schabbel (2000) traz ainda o conceito de **mediação familiar**, que diferente da terapia ocorre como um processo que trabalha com temas, metas e tempo limitados. O mediador busca criar um espaço de diálogo entre as partes envolvidas, buscando levar ao diálogo, à estruturação de vínculos e ao planejamento de ações futuras. A mediação familiar ocorreria em diferentes etapas: primeiro, uma entrevista conjunta da família e do usuário; depois, sessões individuais para verificar a visão de cada parte envolvida; em seguida, sessões conjuntas para mediar os conflitos e então o planejamento das ações futuras.

Independentemente da visão e da metodologia adotada, os autores são unânimes na importância da família no tratamento da dependência química e, como observado, constitui-se em um importante fator de proteção. Payá (2007) refere que com adolescentes, o trabalho com famílias tem alcançado um resultado ainda mais positivo e importante. A Terapia Familiar é descrita também enquanto uma estratégia importante de tratamento, segundo Payá (2007), pois tratar o indivíduo que usa drogas afetará as relações familiares, as quais também precisam ser trabalhadas para lidar positivamente com a situação.

Os **grupos de autoajuda ou ajuda mútua**, de acordo com Burns e Labonia Filho (2008), baseados no modelo de Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA), são grupos nos quais pessoas dependentes se reúnem para trocar e dividir experiências e tem como única solicitação a participação nos grupos e o desejo de não ingerir drogas/ álcool. Trata-se de um movimento baseado

em 12 passos para a abstinência, passos de ordem espiritual e não religiosa<sup>22</sup>. Burns e Labonia Filho (2008, p. 25) afirmam que

Apesar dos mais de 150 estudos realizados sobre a eficácia de grupos de auto-ajuda, desde 1980 [...] não há dados definitivos sobre a eficácia de AA, devido à sua particular estrutura. Por outro lado, um movimento que atrai milhões de dependentes no mundo inteiro e que, depois de 65 anos, continua diversificando-se e crescendo tem algo a contribuir como uma modalidade de tratamento, que pode ser eficaz para o enfrentamento da dependência de substâncias psicoativas.

Os grupos de autoajuda no modelo dos AA e NA são uma estratégia para o tratamento da dependência química presente na sociedade brasileira. É preciso que o Estado assuma o enfrentamento da dependência química enquanto agente principal, mas essa ação não tira o mérito desta e de outros tipos de abordagens. A dependência química é um fenômeno complexo e as pessoas reagem de forma diferente a estímulos semelhantes. Jungerman (2007) acrescenta que os grupos de autoajuda possibilitam a troca de experiência entre pares com problemas semelhantes, o que pode auxiliar o indivíduo na tomada de consciência de seu próprio problema. Por isso, diferentes tratamentos e abordagens podem trazer resultados diferentes. É preciso, portanto, considerar sua importância no tratamento da dependência química.

Ainda outro tipo de tratamento utilizado, de acordo com Pechansky e Diemen (2008), é o **medicamentoso**. Tentativas de tratamento medicamentoso são inúmeras: tratamentos aversivos; substituição de uma substância por outra com ação similar para diminuição de prejuízos associados (heroína por metadona, por exemplo); medicamento para diminuir o desejo de consumir substância; medicamentos antagonistas.

De acordo com Leite (1999), o uso de substâncias psicoativas pode proporcionar mudanças neurofisiológicas no cérebro, podendo ocasionar o surgimento de patologias psiquiátricas ou o surgimento de comorbidades, o que faz requer a utilização de um tratamento medicamentoso ou farmacológico. Leite (1999) ressalta que a principal contribuição deste tipo de tratamento é o auxílio para a

---

<sup>22</sup> Para conhecimento dos 12 passos acessar o site <<http://www.na.org.br/portal/index.php?pagina=passos>>.

manutenção da abstinência, colaborando para lidar com a fissura e aderindo melhor aos outros tipos de tratamento.

Segundo Washton e Zweben (2009), as medicações utilizadas no tratamento da dependência química são classificadas em medicações para controlar a desintoxicação e a abstinência; para facilitar a prevenção à recaída e para tratar condições psiquiátricas existentes.

As medicações para auxiliar o indivíduo no processo de abstinência variam de acordo com o tipo de droga utilizada, segundo estes autores. No caso de drogas depressoras do SNC, são utilizadas drogas substitutas que possuam o mesmo tipo de ação, mas com uma meia-vida (duração) maior do que a droga utilizada pelo usuário, o que possibilita uma abstinência mais suave. No caso do álcool, em geral é utilizado Diazepam (Valium) ou Lorazepam (Lorax), diminuindo-se gradativamente seu uso até a abstinência completa. Ação similar é exercida no caso dos opioides heroína e codeína. Nesses casos, é indicada a utilização de um opióide de ação mais prolongada (metadona, buprenorfina ou propoxifeno), com exceção da dependência ser inicial- nesses casos, indica-se medicações não-opioides a fim de não exacerbar a dependência.

Para facilitar a prevenção da recaída, são utilizados medicamentos bloqueadores ou antagonistas das drogas, que impedem que estas se liguem aos receptores cerebrais e produzam a sensação de prazer. De acordo com Washton e Zweben (2009), no caso do álcool a medicação mais conhecida e utilizada é o dissulfiram (Antietanol), que bloqueia enzimas envolvidas no metabolismo do álcool, produzindo sensações desagradáveis em que o utiliza. Esta medicação é apontada também por Silva (2007) como alternativa para o tratamento de dependentes de cocaína/ crack, pois aumentaria os efeitos aversivos da droga.

Outra categoria de medicações são aquelas utilizadas para tratar comorbidades. De acordo com Messas (2007, p. 99) a comorbidade é definida enquanto

[...] a ocorrência simultânea de duas entidades mórbidas (ou dois diagnósticos), ou seja, a coexistência de uma morbidade relativa ao uso e ao abuso de substâncias químicas e de uma morbidade psiquiátrica independente das intoxicações.

O autor afirma que pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar possuem maior tendência de fazer uso de substâncias psicoativas. Existem transtornos psiquiátricos que não são claramente identificados e podem ser confundidos com os efeitos das drogas, como transtornos de ansiedade, de personalidade e de atenção. O autor ressalta que é preciso identificar a patologia de base quando existente para tratá-la, controlando-se concomitantemente o uso de drogas. A medicação, nesse caso, irá depender do tipo de transtorno apresentado.

Leite (1999) refere que o internamento hospitalar facilita o tratamento farmacológico ao possibilitar a introdução de medicamentos sem o uso das drogas, o que de forma ambulatorial poderia ocorrer de forma concomitante, mas, em alguns casos pode ser perigoso para a saúde do usuário.

Silva (2007) refere que para a dependência de cocaína, e consequentemente de crack, não existem substâncias com eficácia comprovada. Algumas medicações como o dissulfiram, o modafinil e a mirtazapina têm demonstrado resultados positivos no tratamento de usuários de cocaína, mas necessitam de mais estudos<sup>23</sup>.

Outra estratégia elaborada frente à dependência química trata-se das **Comunidades Terapêuticas**, que surgiram nos Estados Unidos a partir de 1958. Tais comunidades são definidas como “[...] grupo de pessoas que se unem com um objetivo comum e que possui uma forte motivação para provocar mudanças” (FRACASSO, 2008, p. 32). Este tipo de tratamento tem por objetivo ajudar o dependente químico a se tornar uma pessoa livre através da mudança de seu estilo de vida.

No Brasil, elas são regulamentadas pela Resolução da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), nº 101/2001, publicada em 30 de maio de 2001, que estabeleceu normas técnicas para o funcionamento destas instituições. Com a instituição do Plano Integrado de Combate ao Crack em 2010, a partir do Edital nº 001/2010 do Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Ministério da Saúde, o Estado brasileiro abre a possibilidade de financiamento às Comunidades Terapêuticas que apresentarem

---

<sup>23</sup> Para maiores detalhes sobre medicamentos para tratamento da dependência de cocaína e crack ver SILVA, V.A. Tratamento farmacológicos de usuários e dependentes de cocaína e crack. In CORDEIRO, D.C.; FIGLIE, N.B.; LARANJEIRA, R. São Paulo: Roca, 2007.

projetos compatíveis às resoluções e exigências postas, num total de 2500 vagas a serem disponibilizadas por intermédio deste financiamento. No dia 30 de junho de 2011, a ANVISA estabeleceu outra resolução (Resolução n° 29, de 30 de junho de 2011) dispondo sobre os requisitos para segurança sanitária.

Fracasso (2008) ressalta que as comunidades terapêuticas devem recriar a realidade da sociedade mais ampla, a fim de auxiliar o indivíduo a se reabilitar para o convívio na sociedade. A autora defende que o aprendizado proveniente da experiência (errando e acertando) constitui na influência mais eficaz para uma mudança efetiva do comportamento adicto.

A **intervenção interdisciplinar** constitui-se em uma forma de abordagem na questão da dependência química. A dependência química, apesar de ser considerada um problema de saúde, não pode ser limitada apenas a questões físicas e orgânicas: está correlacionado a fatores sociais, culturais e familiares, o que faz com que seja necessária a abordagem de diferentes profissionais com diferenciadas perspectivas e, por isso, é importante a perspectiva interdisciplinar.

Vasconcelos (2006, p. 47) define interdisciplinaridade como

[...] estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando em comum os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação, das diferenças e convergências desses conceitos e, assim, gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos.

Na interdisciplinaridade, segundo Vasconcelos (2006), as diferentes profissões mantêm seus saberes específicos, mas trocam informações na perspectiva de uma construção de um saber comum, com uma coordenação em comum. Isto já não ocorre na multidisciplinaridade, na qual não há troca de informações entre as diferentes partes, apenas de referência e contra referência. A transdisciplinaridade representa a radicalização da interdisciplinaridade, em que se criariam campos teóricos novos a partir da troca de experiências entre as diferentes disciplinas.

Fazenda (2006, p. 43) reforça a importância da interdisciplinaridade ao compreender que nenhuma ciência por si só explica um fenômeno como um todo. Cada disciplina possui sua importância, mas segundo a autora,

A interdisciplinaridade leva todo especialista a reconhecer os limites de seu saber para acolher as contribuições das outras disciplinas. Interdisciplinaridade é uma exigência natural e interna das ciências, no sentido de uma melhor compreensão da realidade que elas nos fazem conhecer.

A Política Nacional sobre Drogas da Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD) apregoa, enquanto uma de suas diretrizes, o trabalho multidisciplinar, e a Lei N. 11.343, de 23 de Agosto de 2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) estabelece enquanto um de seus princípios:

[...] a adoção de abordagem multidisciplinar que reconheça a interdependência e a natureza complementar das atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas. (BRASIL, 2008, p. 29)

O Ministério da Saúde referenda a importância da perspectiva multidisciplinar por meio da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, ao compreender a dependência química não apenas como um problema médico/psiquiátrico, mas social e também psicológico. A legislação específica sobre CAPS e sobre leitos em hospitais gerais preconizam a atuação de uma equipe formada por diferentes profissionais a fim de alcançar os objetivos propostos.

A Portaria/Gm nº 336 - de 19 de fevereiro de 2002 estabelece critérios para o funcionamento dos Centros de Referência Psicossocial, estabelecendo enquanto equipe mínima:

[...] 01 (um) médico psiquiatra; 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou

auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (BRASIL, 2002, p. 08)

Já a Portaria GM/MS nº 1.612 de 09 de setembro de 2005, que aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento/ Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, estabelece o atendimento multiprofissional, por meio de avaliação clínica, psiquiátrica, psicológica e social. A equipe mínima exigida pela Portaria constitui-se de 01 psiquiatra; 01 médico generalista com formação em atendimento a usuários de álcool e outras drogas; 01 psicólogo; 01 enfermeiro com formação em atendimento a usuários de álcool e outras drogas por 24 horas; 03 técnicos ou auxiliares de enfermagem por 24 horas; e suporte da equipe médica de plantonistas do hospital geral (plantão diurno de 12 horas). Esta equipe pode ser acrescida de outros profissionais necessários ao projeto terapêutico. (BRASIL, 2005)

O que se percebe nas legislações é que de forma geral o modelo mais apregoado de trabalho em equipe é o multiprofissional no qual, segundo Vasconcelos (2006), os profissionais trabalham de forma isolada, geralmente sem troca de informações e cooperação, a não ser por formalidade de referência e contra referência. Faz-se necessário avançar também nesse sentido, a fim de alcançar um trabalho interdisciplinar.

Além da importância do trabalho de diferentes profissionais, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2004) enfatiza a importância do trabalho entre diferentes políticas, o **trabalho intersetorial em rede**, articulando não somente serviços de saúde, mas também de educação, trabalho, promoção social que auxiliem na prevenção ao uso e no tratamento, oferecendo serviços substitutivos ao uso de drogas. A Política Nacional sobre Drogas da Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD) enfatiza a articulação entre os serviços direcionados ao atendimento deste público e o Sistema Único de Saúde e de Assistência Social. (BRASIL, 2005). O Plano Integrado de Combate ao Crack, lançado em 2010, reitera a importância do trabalho conjunto entre diferentes políticas no enfrentamento do crack, tanto que o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, constitui um Comitê Gestor deste plano, composto por diversas políticas (saúde, justiça, cultura, esportes, assistência social, dentre outros).

Outra estratégia estabelecida para a intervenção e enfrentamento das drogas, segundo Cruz e Barbeito (2008, p. 59) trata-se da **redução de danos** definida enquanto “[...] a utilização de medidas que diminuam os danos provocados pelo uso das drogas, mesmo quando os indivíduos não pretendem ou não conseguem interromper o uso dessas substâncias.” A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas defende que a abstinência não deve ser o único objetivo do tratamento, já que nem todos os usuários estão no nível de tomarem a decisão pelo não-uso (BRASIL, 2004). Esta política aponta para a Redução de Danos não apenas como uma ação clínica, voltada à mudança de comportamento, mas também é uma ação política na medida em que intervém na construção de redes de suporte social, tendo o objetivo de criar outros movimentos possíveis, visando avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares. No caso do crack, acredita-se que a redução de danos é dificultada pela fissura que esta droga causa. Tem-se conhecimento, por meio da prática e de pesquisas, da redução de danos no crack com a inserção de outras SPAs consideradas mais leves, como a maconha, o álcool e o tabaco.

Atualmente, o atendimento à dependência química segue a Portaria nº 2.197/GM, de 14 de outubro de 2004<sup>24</sup>, que redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no Sistema Único de Saúde – SUS. Estabelece enquanto principais componentes do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas os serviços da atenção básica; CAPS-AD, ambulatórios e outras unidades extra-hospitalares especializadas; atenção hospitalar de referência; e serviços da rede de suporte social (associações de ajuda mútua- AA, NA- e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS.

Os tratamentos foram apresentados de forma muito breve, apenas para proporcionar um entendimento básico sobre cada estratégia e para possibilitar o entendimento sobre as estratégias propostas pelos profissionais no enfrentamento da dependência de crack. Considera-se que é válida uma leitura mais aprofundada dos autores referenciados que tratam dos temas em apreço.

---

<sup>24</sup> Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2197.htm>>. Acesso em: 10 maio 2010.

## 1.7 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O SUS NA ATENÇÃO À DEPENDÊNCIA QUÍMICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Este trabalho detém-se na análise do tratamento oferecido pela rede de saúde mental em Cascavel para crianças e adolescentes dependentes de SPAs. Para melhor compreensão sobre esse sistema, será apresentada a seguir uma retrospectiva sobre a constituição da política de saúde e da saúde mental, bem como da política de atendimento a crianças e adolescentes, foco desta pesquisa.

### 1.7.1 A Reforma Sanitária e o SUS

Por muitos anos, o Estado brasileiro não realizou ações efetivas de atendimento à saúde. Da instalação da colônia até a década de 1930, a ação do Estado estava resumida ao enfrentamento de epidemias, à realização de vacinações de forma focalizada e ao controle de navios e saúde dos portos. De acordo com Lorenzi (2007), aqueles que não tinham condições de pagar por atendimento médico eram atendidos pelas Santas Casas de Misericórdia, vinculadas à Igreja Católica. Lima (2005, p.37) resume o período da Primeira República enquanto a “era do saneamento” pela preocupação que havia em relação a esse fato.

É a partir de 1930, com Getúlio Vargas, que o Estado brasileiro passa a intervir mais efetivamente na saúde, criando os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Porém, somente tinha acesso a esse sistema os trabalhadores formais. Os demais continuavam dependendo da ação de instituições de benemerência. Os Institutos de Aposentadorias e Pensões foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, sistema de atendimento à saúde destinado aos trabalhadores formais. A dicotomia entre as ações de saúde pública e a assistência médica foi se tornando cada vez mais clara, tendo, com a criação do INPS, mais força o sistema de assistência médica. Lima (2005) enfatiza que o financiamento da assistência médica destinada a trabalhadores formais obteve nessa época um financiamento crescente, em detrimento do sucateamento da saúde pública.

Em 1977, as funções do INPS são divididas, com a criação do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). O INAMPS passava a partir desta data a prestar a assistência médica aos

trabalhadores e o INPS detinha-se na tarefa de conceder e monitorar os benefícios previdenciários. O INPS, posteriormente, deu origem ao atual INSS (Instituto Nacional do Seguro Social).

É nesse período, década de 1970, que tem origem o movimento da **Reforma Sanitária**, concomitantemente ao ressurgimento de outros movimentos sociais e do processo de redemocratização da sociedade brasileira. Este movimento nasce no meio acadêmico, sendo incorporado por outros setores da sociedade e pelo partido de oposição da época - o Movimento Democrático Brasileiro (MDB). O movimento da Reforma Sanitária, entendido, de acordo com Lima (2005), como um “movimento ideológico com uma prática política”, questionava a concepção preventivista que considerava a doença um desequilíbrio na interação entre o hóspede (homem) e o seu ambiente, não considerando as questões sociais.

Um dos marcos deste movimento e da constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986. Nesta conferência, foi aprovada a criação de um sistema único de saúde, com a separação total da saúde em relação à previdência (LIMA, 2005). Esta conferência também ficou marcada na história pelo fato de ter sido a primeira na qual houve abertura para a participação da sociedade civil e que contou com a abertura do primeiro presidente civil após a ditadura, José Sarney.

Como resultado de todo esse movimento, em julho de 1987, cria-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que tinha como princípios a universalização, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária. Em seguida, em 1988, é promulgada a oitava Constituição do Brasil, denominada de “Constituição Cidadã”, que, de acordo com Lima (2005, p. 80), “[...] foi um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública”, pois muda completamente a forma de se visualizar a saúde, que, até então, não era direito de todos e nem dever do Estado, conforme traz seu artigo 196.

Em 1990, é promulgada a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, organizando o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS traz novos princípios para a organização da saúde: universalidade (saúde direito de todos), integralidade (necessidades particulares de pessoas e grupos devem ser consideradas) e, por fim, equidade (todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde). Outro princípio considerado relevante é o da

regionalização: os serviços de saúde são divididos em níveis de complexidade. O nível primário deve ser oferecido diretamente à população por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os atendimentos a nível secundário referem-se a centros especializados e o nível terciário aos hospitais. Deve-se partir do nível menos complexo para o mais complexo, por meio de fluxos de encaminhamentos, bem como por meio de referência e contra referência entre os serviços de saúde. O SUS ainda traz, enquanto princípios, a participação da comunidade por meio do controle social e a descentralização político-administrativa: O SUS existe em três níveis, também chamados de esferas: nacional, estadual e municipal, cada uma com comando único e atribuições próprias. Os municípios têm assumido papel cada vez mais importante na prestação e no gerenciamento dos serviços de saúde.

Porém, logo após tantas conquistas dos movimentos democráticos, o Brasil passa por intervenções neoliberais, por meio do governo Collor, que veta artigos desta lei referentes à participação comunitária e a outros itens de interesse da Reforma Sanitária. (BRASIL, 2006). Além dos vetos, no período Collor, a saúde sofre redução do repasse financeiro.

O SUS já se constitui em um sistema de amplo alcance nacional e de grande importância para o Brasil. Porém, os ataques para a desqualificação e desconstrução deste sistema continuam. Observa-se que a dualidade entre o sistema público e o sistema financiado ou privado, que sempre estiveram em voga em nosso país, ainda continua. Essa desconstrução do SUS é um desafio para a construção de uma política para atendimento à dependência química, como veremos a seguir.

### 1.7.2 A Política de Saúde Mental e a Dependência Química

No Brasil, o enfrentamento e o tratamento da dependência de substâncias psicoativas por muito tempo foi relegada a um segundo plano, sendo associado à criminalidade e tendo serviços com base na exclusão dos usuários do convívio social. As iniciativas do governo federal estavam restritas a poucos serviços ambulatoriais ou hospitalares, em geral vinculados a programas universitários. Não havia uma política de alcance nacional, no âmbito da saúde pública. A principal resposta aos transtornos psiquiátricos consistia no internamento em hospital psiquiátrico.

O internamento psiquiátrico como estratégia de tratamento inicia-se a partir do século XVII, de acordo com Desviat (1999), como resposta à desorganização social e à crise econômica provocada pela instauração do capitalismo. Nesses locais, na época, eram colocados todos aqueles que eram incômodos à sociedade, desde mendigos, desempregados, pessoas com transtornos psiquiátricos e dependentes químicos. A dependência química, por ser considerada um problema de saúde mental, era tratada conjuntamente com os demais transtornos. Pacientes dependentes químicos ficavam internados junto a pacientes com outros transtornos mentais.

Com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789), o internamento passa a ter uma função terapêutica, afastando as pessoas com transtornos psiquiátricos de uma sociedade que lhes causava mal para então agir diretamente sobre seu caráter, entendimento moral de tratamento.

Com relação ao tratamento da dependência química, até o começo do século 20, segundo Pedrinha (2010), o Brasil não tinha realizado nenhuma ação nem de tratamento nem de controle sobre as drogas. Uma das primeiras legislações que estabeleceu alguma normatização sobre o tema, de acordo Carvalho in Boueri (2007) foi o Decreto-lei nº 891, de 1938 o qual institui as formas de controle das substâncias entorpecentes no Brasil, sendo que a partir desta lei as demais que se seguiram também foram repressivas. Para Rodrigues (apud OLIVEIRA, 2009), a legislação de 1938 instituiu no Brasil duas formas de racionalizar a droga: o viés criminalizante para o traficante e o viés moral/religioso para o consumidor, estabelecendo-se a figura de um doente que deveria ser internado, retirado da sociedade.

Após a Segunda Guerra Mundial, de acordo com Desviat (1999) o modelo de tratamento centrado no hospital psiquiátrico, começou a ser questionado e a ser combatido. Acrescido a isso, houve a descoberta dos medicamentos psicotrópicos que possibilitavam um tratamento ambulatorial, da psicanálise e da saúde pública, elementos propulsores dos diferentes movimentos de reforma psiquiátrica. Vasconcelos (2006) acrescenta, além da psicanálise, o desenvolvimento de outras teorias relevantes para a desinstitucionalização: o interacionismo simbólico (Goffman), os trabalhos de Foucault; a antipsiquiatria; a Psiquiatria Democrática de Basaglia e seus seguidores.

Outro motivo apontado por Vasconcelos (2006) para a mudança no tratamento de pessoas com transtornos foram conjunturas políticas de democratização e de crescimento dos movimentos sociais. Na Itália, esse processo ocorreu a partir dos anos 70, assim como no Brasil, fortemente influenciado pelo movimento anti-psiquiátrico daquele país.

Ainda, segundo Vasconcelos (2006), a desospitalização foi motivada pelo desenvolvimento de sistemas de bem-estar social e estratégias de modernização e humanização da psiquiatria, tendo como objetivo tornar a intervenção mais eficaz e integrada ao resto da medicina e para aumentar as possibilidades de trabalho com uma clientela mais vasta ou de maior renda. Além disso, surgem as denúncias de fraude no INAMPS e denúncias de abandono, violência e maus-tratos aos quais os pacientes eram submetidos.

Vasconcelos (2006) acrescenta que as políticas neoliberais de desinvestimento em políticas sociais públicas induziram a processos de desospitalização devido ao alto custo de manutenção dessas instituições para o Estado. Cita também a escassez de força de trabalho decorrente das guerras e do aumento da população idosa, o que estimulou o investimento na reabilitação de pessoas anteriormente consideradas improdutivas. O movimento de reforma psiquiátrica, portanto, não é fruto apenas de lutas e de uma visão de melhora do atendimento de pacientes psiquiátricos, mas também atende a interesses econômicos, fato que deve ser levado em consideração na análise das diferentes formas de atendimento, sem radicalismos.

A **Reforma Psiquiátrica**, no Brasil, ocorre concomitantemente à Reforma Sanitária, mas possui uma história própria, ligada a influências internacionais. A Reforma Psiquiátrica é definida como

[...] processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. (BRASIL, 2005, p. 6)

O ano de 1978 é considerado ano de início da Reforma Psiquiátrica no Brasil, em meio à crise do modelo de assistência centrado no hospital

psiquiátrico, muito oneroso e que não demonstrava resultados efetivos, e também pelo início do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), como sujeito principal deste movimento:

[...] movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2005, p. 7)

Este movimento insere-se em diferentes dimensões, aliado à experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria, com crítica ao modelo psiquiátrico centrado no hospital e às denúncias de maus-tratos que ocorriam nestes locais. Em 1987, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro). Surge o primeiro Centro de Atendimento Psicossocial no Brasil nesse mesmo ano na cidade de São Paulo e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico. Nesta cidade são criados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que funcionavam 24 horas por dia, para atendimento ambulatorial de pacientes psiquiátricos. Desta experiência decorre um grande impacto, pois mostra a possibilidade real de implantação do sistema então em discussão, mostrando que a Reforma Psiquiátrica era possível. Neste mesmo ano dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado para regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos no país.

No ano de 1990, ocorre em Caracas (Venezuela) a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde que reuniu países das Américas e definiu os princípios para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no continente.

A partir de 1992, o Brasil promulga diversas legislações normatizando o funcionamento dos CAPS, NAPS e hospitais-dia em consequência da assinatura da Declaração de Caracas, em que o Brasil e outros países das

Américas comprometeram-se a rever as políticas de saúde mental centradas nos hospitais psiquiátricos, buscando outras estratégias de tratamento. Ocorre a promulgação da Portaria No 224/MS, de 29 de janeiro de 1992, que dispõe da criação dos Núcleos/Centros de Atendimento Psicossocial (NAPS/CAPS), definidos enquanto

[...] unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional. [...] Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, [...] (BRASIL, 1992)

A Portaria SAS/MS nº 147, de 25 de agosto de 1994 amplia esse tipo de atendimento. Apesar de instituir esses novos serviços, as ações até então se mostram limitadas, pois não havia uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS, da mesma forma que não eram previstos normatizações para a redução de leitos psiquiátricos.

Somente em 1998, após a XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, onde foram discutidos os princípios da redução da demanda de drogas e da responsabilidade compartilhada, que o Estado brasileiro cria a SENAD-Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (BRASIL, 2008, p. 34). A SENAD nasceu vinculada à Casa Militar da Presidência da República, por intermédio da Medida Provisória nº. 1669/1998. Apesar de nascer com um caráter autoritário, a criação da SENAD foi um avanço, pois foi a primeira vez que o Estado Brasileiro criou um espaço com recursos para uma efetiva ação nacional (OLIVEIRA, 2009)

Em 2001 é promulgado o projeto de lei do deputado federal Lei Paulo Delgado, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, dando origem à Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil. Esta lei é um avanço para o país ao privilegiar o tratamento comunitário, ambulatorial ao internamento e a Reforma Psiquiátrica ganha maior solidez ao serem criadas linhas específicas para financiamento destes serviços. Após 2001, houve a expansão dos serviços ambulatoriais e a fiscalização e redução progressiva dos leitos psiquiátricos. Em 2004, havia 689 Centros de Atenção

Psicossocial ativos no território nacional (BRASIL, 2005). Em 2010, esse número elevou-se para 1541 CAPS (BRASIL, 2010).

Mas é somente em 2002 que se institui a Política Nacional Antidrogas, por meio do Decreto Nº 4.345, de 26 de agosto de 2002<sup>25</sup>. Pela primeira vez no Brasil estabelecia-se uma política pública voltada especialmente para o enfrentamento da dependência química a nível nacional, tanto no aspecto da prevenção, como do tratamento e da repressão ao tráfico ilícito de drogas. Esta legislação representou um avanço ao tratar da dependência enquanto um problema de saúde, e não mais como “caso de polícia”, como tratava a legislação em 1976.

Em 2003, o Ministério da Saúde institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, reconhecendo a dependência química enquanto um problema de saúde pública, o que representou um avanço, pois até então a dependência química não estava inclusa nas ações governamentais na área da saúde efetivamente.

A Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 amplia a Portaria No 224/MS, de 29 de janeiro de 1992, ao instituir o Centro de Atendimento Psicossocial em diferentes modalidades de execução:

CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com funcionamento nos cinco dias da semana, das 8 às 18h, para 30 pacientes/dia. CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Além do atendimento oferecido no CAPS I, este poderia comportar um terceiro turno, das 18 às 21h, para 45 pacientes/ dia. CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Constitui-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana, para atendimento de 60 pacientes/dia. CAPS i II – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes. CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000. (BRASIL, 2002)

---

<sup>25</sup> Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/D4345.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm)>. Acesso em: 14 fev. 2010.

O CAPS ad, segundo esta normativa, constitui-se em serviço ambulatorial de atenção diária, tendo a responsabilidade de organizar a demanda e a rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território. Constitui-se na porta de entrada do atendimento ao tratamento de pacientes dependentes químicos. Deve ainda, supervisionar e capacitar as equipes da atenção básica.

Apesar de o CAPS ad possuir papel crucial na organização e articulação da rede para atendimento da dependência química, este atendimento não está restrito aos serviços de saúde mental. A rede para atendimento da dependência química se constituiria, portanto, dos diferentes serviços disponíveis na comunidade e não apenas na rede de saúde mental, abrangendo assim as escolas, UBS, associações de moradores, entre outras instituições (BRASIL, 2005)

Em 2006, por meio da Lei Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 é instituído o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Este sistema tem por finalidade articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, assim como reprimir o tráfico de drogas. São apresentados como principais novidades desta lei a distinção clara e definitiva entre usuários/ dependentes de drogas e traficantes (o uso continua sendo considerado crime, mas seu autor não é mais punido com pena privativa de liberdade, mas sim, com medidas socioeducativas); a não descriminalização de qualquer tipo de droga (incluindo as consideradas lícitas). (BRASIL, 2008)

Atualmente, o sistema voltado para o atendimento da dependência química, segundo a Portaria Nº 2.197/GM, de 14 de outubro de 2004 é composto por serviços da atenção básica, CAPS-AD, ambulatórios e outras unidades extra-hospitalares especializadas, hospitais de referência e a rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS.

Os Serviços Hospitalares de Referência devem, de acordo com a Portaria Nº 2.197/GM de 2004, ser instalados em Hospitais Gerais para atendimento de casos de urgência/emergência decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Estes internamentos devem ser de curta duração, tendo como objetivo a desintoxicação. O artigo preconiza que o internamento em hospitais psiquiátricos deve ser evitado.

Percebe-se que a rede de atendimento pública à dependência química possui uma história recente, pelas datas das promulgações das legislações citadas, e se tratando do crack as iniciativas são mais novas ainda: apenas em dezembro de 2009 o Ministério da Saúde lança uma campanha nacional de prevenção ao uso de crack com o slogan “Nunca experimente o crack. Ele causa dependência e mata”.<sup>26</sup>

Em 2010, diversas legislações foram promulgadas em combate à dependência de crack. Por meio do Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010 é instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e criado o Comitê Gestor, composto por representante do Gabinete de Segurança Institucional, Casa Civil, Secretaria- Geral da Presidência da República, Secretarias de Relações Institucionais, Direitos Humanos, Comunicação Social, Políticas para Mulheres, Justiça, Saúde, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Defesa, Educação, Cultura, Esporte e Planejamento, Orçamento e Gestão, a fim de que se elaborem estudos e estratégias de enfrentamento a esta droga. Observa-se que a intersetorialidade é uma das estratégias adotadas para o enfrentamento do crack, fato comprovado na Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial em 2010.

Como estratégias de enfrentamento ao crack, no dia 20 de setembro de 2010 são publicadas diversas portarias, de forma que se amplie o alcance do financiamento do Ministério da Saúde a intervenções realizadas na Saúde Mental: a Portaria nº 2.842 traz as normas para funcionamento e habilitação de serviços hospitalares de referência para atenção a usuários de álcool e outras drogas e a portaria nº 480 inclui na tabela de procedimentos o atendimento a pacientes usuários de crack e de outras drogas, estabelecendo valores para internamento destes pacientes. A Portaria nº 1.612/GM, de 9 de setembro de 2005, já estabelecia normas e valores para atendimento de pacientes usuários de SPAs em hospitais gerais, mas as portarias de 2010 ampliam os valores de repasse.

Neste mesmo rol de portarias, foram estabelecidas também a Portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010, instituindo o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III) com atendimento 24 horas por dia, todos os dias da semana, com disponibilização de 08 (oito) a 12 (doze) leitos para intervenções em situações de crise de abstinência e desintoxicação, desde que sem

---

<sup>26</sup> Notícia disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=10953](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10953). Acesso em 12 de janeiro de 2010.

complicações clínicas (caso houver, o paciente deverá ser encaminhado ao atendimento hospitalar).

Outra inovação trazida a partir do Plano Integrado de Combate ao Crack é a proposta de Casas de Acolhimento Transitório (CAT), que possui como proposta o abrigamento temporário de usuários de drogas para o oferecimento de proteção social e cuidado à saúde (BRASIL, 2010). Há ainda a proposta de Consultórios de Rua: profissionais em atendimento nas ruas para facilitar o acesso dos usuários ao tratamento.

Foi lançado também edital para implantação de Centros Regionais de Referência para Formação Permanente de profissionais que atuam nas redes de atenção a dependentes químicos. Tal edital propõe a realização de diversos cursos de formação para profissionais médicos, profissionais que atuam em hospitais gerais, agentes comunitários de saúde e agentes redutores de danos e para profissionais das redes SUS e SUAS.

A proposta de tratamento das Comunidades Terapêuticas também passará a ser financiada pelo Estado, o que até então não era efetuado. Abriu-se edital para concorrência de projetos para financiamento. O Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas prevê a ampliação de 2500 leitos em Comunidades Terapêuticas, 2500 leitos em Hospitais Gerais, 50 CAPS AD 24h, 40 Casas de Acolhimento Transitório, 30 Centros Regionais de Referência de Formação Permanente, 225 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) e 50 Programas de Educação pelo trabalho para Saúde (PET).<sup>27</sup>

O município de Cascavel foi selecionado e estará implantando os serviços Consultórios de Rua, Casas de Acolhimento Transitório e aguarda o resultado do projeto CAPS ad III. A Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) foi contemplada com o projeto e estará implantando o Centro Regional de Referência para Formação Permanente de profissionais, projeto que será relevante para capacitação dos profissionais da região.

Percebe-se que a legislação e os serviços direcionados para o atendimento à dependência química são recentes. Esses serviços e essa rede ainda estão em construção, bem como ainda está aprendendo a trabalhar com a

---

<sup>27</sup> Informações disponíveis em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=11721](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11721)>. Acesso em: 24 out. 2010.

dependência química de forma geral e já surge uma nova demanda, o crack, que desafia os profissionais. Além do crack, o trabalho com crianças e adolescentes também possui suas especificidades e desafios.

### 1.7.3 Políticas de Atendimento à Criança e ao Adolescente

O estabelecimento de políticas de atenção à criança e ao adolescente pode ser considerado recente se comparado a outras políticas, pelo fato de que por muitos anos estes não foram considerados cidadãos. De acordo com Ariès (1978, p. 65), na história da humanidade inicialmente as crianças eram vistas como pequenos adultos e não havia diferenciação entre infância e adolescência, nem tampouco ações e políticas dirigidas a essa faixa etária. Segundo o autor,

[...] a cada época corresponderiam uma idade privilegiada e uma periodização particular da vida humana: a “juventude” é a idade privilegiada do século XVII, a “infância” do século XIX, e a “adolescência”, do século XX.

Somente a partir do século XIX, enfim, inicia-se uma preocupação crescente com a infância e a partir do século XX, isso também ocorre com a adolescência. Essa preocupação crescente é vista por meio da promulgação de legislações a nível internacional e também no Brasil direcionado a essas populações.

Até o início do século XX, Sales (2007) aponta para a ação da Igreja Católica no cuidado dos segmentos pauperizados e excluídos, bem como na educação das crianças e adolescentes no Brasil. Em 1927, foi promulgado o Código de Menores, em 12 de outubro de 1927, conhecido como Código de Mello Mattos, primeira legislação específica para essa faixa etária. Apenas a partir deste código que a infância e a adolescência passaram a ser cuidadas pelo Estado. Porém, este código estava destinado apenas àquelas pessoas entre essa faixa etária tidas em situação irregular.

Pela compreensão higienista prevalente nessa época, as crianças e adolescentes em situação “irregular” deveriam ser isoladas da sociedade, fato que é visto não somente com esse público, mas de forma geral com todos àqueles considerados incômodos à sociedade. Assim sendo, em 1942, é criado o Serviço de

Assistência ao Menor - SAM. Este sistema previa o internamento em reformatórios e casas de correção para adolescentes infratores e patronatos agrícolas e escolas de aprendizagem de ofícios urbanos para “menores” carentes e abandonados. Em 1960, Sales (2007) aponta que o SAM foi substituído pela Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), criada pela Lei No 4.513, de 1º de Dezembro de 1964, e pela Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor (FEBEM).

Em 1979, é promulgado um novo Código de Menores, trazendo poucas mudanças, alterando a nomenclatura “menor abandonado” e “delinqüente” pelo termo ‘situação irregular’, bem como trazendo uma concepção mais terapêutica de tratamento do menor em situação irregular. As mudanças ocorridas na legislação e forma de tratamento das crianças e adolescentes no Brasil estiveram também ligadas às transformações internacionais. O ano de 1979 é definido como Ano Internacional da Criança e em 1989 ocorre a Convenção Internacional dos Direitos das Crianças e Adolescentes da ONU (Organização das Nações Unidas).

É nesse movimento internacional, juntamente à redemocratização do Brasil e aos movimentos pela construção de uma nova constituição no país e um novo sistema de atendimento de saúde, que é instituído o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Com a instituição do ECA, Sales (2007) coloca que enfim, crianças e adolescentes passam a ser considerados cidadãos de direitos, não precisando estar em situação de risco para terem seus direitos reconhecidos.

O ECA dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, garantindo-lhes todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana para que possam desenvolver-se física, mental, moral, espiritual e socialmente. Considera criança a pessoa até doze anos de idade incompletos e adolescente entre doze e dezoito anos de idade, podendo haver casos em que o cuidado se estenda até os 21 anos de idade. Delega à família, à comunidade, à sociedade em geral e ao poder público a responsabilidade de zelar pela criança e pelo adolescente e garantir condições para seu desenvolvimento sadio.

Porém, Cruz e Guareschi (2008) ressaltam que o ECA apresenta conceitos contraditórios: enfatiza o conceito da criança e do adolescente enquanto sujeitos de direito, mas ao mesmo tempo, propõe intervenções com enfoque intervencionista e tutelar.

Na área da saúde mental, como consequência de todos esses movimentos, é promulgada a Portaria N° 1608/GM, em 3 de agosto de 2004, constituindo o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, na tentativa de especificar a ação do Estado no atendimento da saúde mental deste público, funcionando como um espaço de articulação intersetorial e discussão permanente sobre as políticas para esta área.

Em 2005, o Fórum divulga o documento “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil” (BRASIL, 2005). Este documento aponta princípios para uma política nacional de saúde mental infanto-juvenil:

- Visão da criança e do adolescente enquanto sujeitos: o documento defende a compreensão de que a criança e o adolescente enquanto sujeitos de direitos, possuem o direito ao cuidado singular, de acordo com suas necessidades específicas. O cuidado, portanto, não deve ser padronizado. A compreensão de sujeitos também implica em dar voz e vez a esse público para definição das ações sobre si próprios.
- Acolhimento universal: este princípio significa que as portas de todos os serviços públicos de saúde mental deveriam estar abertas para acolher, ouvir e encaminhar todos os que deles necessitarem. A acolhida universal não significa que o serviço procurado deveria acolher imediatamente toda a demanda, mas que todos os serviços deveriam estar receptivos à procura da criança e do adolescente, mesmo que ele não for perfil de seu atendimento.
- Encaminhamento implicado: o documento defende que o encaminhamento deve ser realizado com responsabilidade, acompanhando-se o caso até o seu novo destino, a fim de garantir de que ele realmente seja efetivado.
- Construção permanente da rede: o documento defende a ideia de que a rede não constitui-se apenas de serviços concretos e pré-disponíveis, mas que está em permanente construção de acordo com as necessidades de cada caso.

- Território: trata-se não apenas do lugar geográfico, mas refere-se às instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito: sua casa, escola, igreja, a praça, a casa dos colegas, o posto de saúde e todas as outras, tendo como centralidade o sujeito. “O território é o lugar psicossocial do sujeito.” (BRASIL, 2005, p. 13)
- Intersetorialidade na ação do cuidado: o tratamento oferecido pela saúde mental não pode reduzir-se a ela, mas perpassa as demais políticas, com as quais a saúde mental deve realizar ações conjuntas.

Porém, até o momento, no material pesquisado, não foram localizadas informações sobre as consequências desse processo. Vários itens citados pelo documento referente ao tratamento de crianças e adolescentes foram também incorporados pela política de saúde mental como um todo.

Percebe-se que apesar de a constituição da saúde enquanto política pública, do atendimento à dependência química e à criança e adolescência terem tido cursos diferenciados na história brasileira, esses processos ocorreram e ocorrem concomitantemente e em vários pontos, influenciam-se mutuamente. A instituição da política de saúde, como influência do movimento de reforma sanitária, influenciou a criação do movimento de reforma psiquiátrica. Este, por sua vez, sofreu influências também de outros países. A política de atendimento à criança e adolescente foi instituída no ECA como consequência da promulgação da Constituição Federal de 1988 e todos esses movimentos ocorreram em um período de redemocratização do país.

É interessante perceber-se essas correlações, pois percebe-se que atualmente a política de saúde e de saúde mental estão mais estruturadas, mas que o atendimento à criança e ao adolescente na saúde mental precisa ainda avançar, retomando a discussão estabelecida pelo Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes instituído em 2004. Por outro lado, o processo de dualidade ao qual a constituição da saúde pública no país sempre esteve relegada é mantida, sendo um desafio para a instituição de uma política para atendimento de crianças e adolescentes dependentes de SPAs.

## 2 CRACK: A DROGA DO MOMENTO

Este capítulo irá apresentar o crack quanto a sua composição, efeitos, histórico, consequências do uso e de modo especial em crianças e adolescentes, assim como alguns dados sobre o crack no Brasil e no município de Cascavel-PR, local da realização da pesquisa. Serão apontadas ainda características das crianças e adolescentes usuárias de crack atendidas pelas equipes multiprofissionais entrevistadas. O conteúdo deste capítulo baseia-se na revisão da bibliografia e também no relato de experiência dos profissionais da rede de saúde mental de Cascavel para atendimento deste público.

### 2.1 COMPOSIÇÃO E EFEITOS

O crack é uma SPA classificada enquanto estimulante, pois se configura não apenas como uma nova droga, mas uma nova forma de administração da cocaína, a forma fumável desta substância (LEITE, 1999). Porém, sua forma de administração (fumada) traz efeitos mais intensos ao seu usuário do que a cocaína aspirada. Donato et al. (2010) afirma que as pesquisas científicas demonstram para um maior potencial de abuso e dependência da cocaína pela via fumada ou injetada em comparação ao uso intranasal.

O crack é obtido, segundo Uchôa (1996) a partir da pasta base de cocaína e misturado a bicarbonato de sódio e outros adulterantes para torná-lo mais consistente e facilitar a combustão, originando uma forma cristalizada e que pode ser fumada, conhecida também entre os usuários como “pedra” pela aparência que adquire. O nome “crack” vem do barulho produzido pela droga ao ser aquecida. Segundo Laranjeira, Jungerman e Dunn (1998) e Leite (1999) o crack é produzido com a cocaína em pó já refinada. De acordo com Donato et al. (2010), o crack pode ser produzido das duas formas: a diferença, segundo esta autora, seria que no preparo com cocaína refinada, acrescenta-se água quente e amônia ou bicarbonato de sódio, o que resultaria em um produto mais limpo pela remoção de diluentes no final do processo. No preparo com pasta base, a mesma é aquecida diretamente com bicarbonato de sódio, sem a remoção dos diluentes, dando origem a uma droga menos concentrada e limpa.

A partir da década de 1990, os usuários de cocaína injetável começaram a migrar para o uso do crack. A razão para essa mudança deve-se, segundo Uchôa (1996) a três motivos principais: “[...] dificuldade de encontrar cocaína pura ou com pouca mistura; o preço da nova droga, até a metade de um papelote de pó, além do efeito superior, como ao de uma bomba.” (1996, p. 68). Outro motivo seria o medo da infecção pelo vírus HIV e outras doenças infectocontagiosas, associado ao uso endovenoso da droga. (LEITE, 1999)

O crack, segundo Alves e Duailibi (2007) provoca a instalação da dependência de forma rápida. Tiba (2007, p. 50) afirma que entre os “craqueiros” existe um presságio: “experimentou uma vez, está fisgado.” O consenso está que o crack provoca uma rápida dependência, tanto que a campanha do Ministério da Saúde, lançada no final de 2009, baseia-se na prevenção, solicitando que as pessoas não experimentem o crack.

A experimentação do crack não determina que o sujeito irá tornar-se dependente. De acordo com profissionais entrevistados, a continuação do uso após a experimentação irá depender de como foi esta primeira experiência:

[...] tudo depende da primeira vez que ele experimentou, como ele foi. Se ele gostou da primeira vez e foi bem, daí é difícil ele parar sem precisar de um medicamento, sem precisar de um internamento. E às vezes se ele não foi bem então ele usa uma, duas, três vezes e ele para, não prossegue. [Sujeito 5]

O fato de experimentar não determina que a pessoa irá se tornar dependente, mas o crack traz algumas peculiaridades que fazem com que a dependência ocorra de forma mais rápida e cruel, tornando a experimentação perigosa. Apesar de ser constituída basicamente por cocaína, a ação do crack é diferenciada e provoca uma dependência muito mais expressiva e rápida. Leite (1999) afirma que o crack contém até 75% de cocaína pura, responsável pelo uso compulsivo e pela dependência, ao passo que a cocaína aspirada muitas vezes está bastante adulterada, e, por isso, há essa diferenciação. Uchôa (1996, p. 102-103) compara a potência do crack em relação às demais formas de administração da cocaína:

O crack leva de cinco a dez segundos para ir do pulmão ao cérebro. (...) Seu pico de ação é entre dois e três minutos. (...) A potência do

crack em relação à cocaína cheirada ou endovenosa (injetável), por exemplo, pode ser medida pelos efeitos, velocidade de ação no organismo. No caso da cocaína injetável, o “back”, os efeitos surgem depois de três, quatro minutos e duram meia hora a 45 minutos. Entre dez, quinze minutos começa a fazer efeito a cocaína em pó, cheirada. A “viagem” pode durar uma hora. O crack é veloz tanto no tempo de início de ação, que acontece em segundos, quanto na duração do “barato”, poucos minutos. Daí a explicação para o termo “fast-food da cocaína”, como os americanos costumam chamar a droga, cinco a seis vezes mais potente que a cocaína em pó.

O crack provoca, segundo Leite (1999) efeitos de euforia, sensação de energia aumentada, de melhor funcionamento; aumento das percepções sensoriais; diminuição do apetite, o que leva ao emagrecimento; aumento da ansiedade e da paranoia; diminuição do cansaço; aumento da desinibição; delírios persecutórios; agitação psicomotora, taquicardia, dilatação da pupila, aumento da pressão arterial e transpiração. Uchôa (1996) traz que inicialmente os usuários de crack referem-se a seus efeitos como um “furacão interno, vibração total”, como efeitos positivos. Mas este autor refere que, a partir do segundo uso em diante, os usuários afirmam que não sentem mais esses efeitos positivos, ocorrendo o aumento dos efeitos negativos (paranóia, taquicardia, problemas respiratórios, entre outros). O usuário, no entanto, continua no uso pela busca aos efeitos positivos iniciais. Alves e Duailibi (2007) afirmam que entre os dependentes de cocaína, e conseqüentemente entre os usuários de crack, ocorre um fenômeno de dissociação entre o querer e o gostar: ainda que o usuário não aprecie mais os efeitos da droga, ainda quer usá-la devido à fissura causada por esta.

A fissura e a compulsão causadas pelo crack são tão grandes que é comum os usuários desta substância apresentem queimaduras nos lábios, língua e rosto pela proximidade da chama do isqueiro no cachimbo, onde a pedra é fumada.

Leite (1999, p. 27) aponta que embora os primeiros episódios de consumo sejam marcados por efeitos positivos, a continuidade do consumo resulta em ansiedade, hostilidade e depressão extrema, o que leva a uma nova administração do crack. O autor refere que a continuação do consumo leva a “[...] ilusões perceptivas (visuais e auditivas) e finalmente a psicose cocaínica<sup>28</sup>, extrema

---

<sup>28</sup> Leite (1999, p. 29) caracteriza a psicose cocaínica: “[...] paranóia, prejuízo da testagem da realidade, ansiedade, padrão estereotipado compulsivo repetitivo de comportamento e alucinações visuais, auditivas ou táteis vívidas (insetos andando sob a pele do indivíduo.” Este autor refere que o uso de cocaína, de forma geral, pode provocar ataques de pânico, levando até à síndrome do pânico.

hipervigilância, delírios paranoides e alucinações.” Este autor refere que pelo crack conter, em sua composição, até 75% de cocaína pura, é considerado a forma de administração da cocaína mais capaz de causar dependência.

De acordo com o Ministério da Saúde, o crack em geral é consumido em cachimbos improvisados, feitos de latas de alumínio, tubos de PVC, tubos de caneta e o que mais permitir a queima da “pedra” e a inalação de sua fumaça. O crack pode ser misturado também a outras substâncias, como tabaco e maconha, sendo denominados de mesclado, melado, pitilho, cabral<sup>29</sup>, entre outras.

## 2.2 BREVE HISTÓRICO DO CRACK

O crack surge a partir da década de 1980 nos Estados Unidos, em bairros pobres de Nova Iorque, Los Angeles e Miami (PERRENOUD; RIBEIRO, 2010). Uchôa (1996, p. 36-37) acrescenta que a origem do crack não está clara, mas que um dos fatores para seu surgimento teria sido a dificuldade de encaminhar a pasta base de cocaína para refino:

[...] Oficialmente, a aventura do crack nos Estados Unidos começou em meados da década de 80 nas escuras e sujas ruas de Bronx, em Nova York. Pelos arquivos da polícia americana, as “pedrinhas da morte” teriam sido introduzidas por quadrilhas de traficantes jamaicanos que, em pouco tempo, espalharam a droga por várias cidades. Nas ruas, os comentários dividem a “autoria da receita” com outros traficantes igualmente poderosos, mas do México, Peru, Colômbia e Bolívia, países que fornecem habitualmente matéria-prima para “viagens rápidas”. [...] O crack teria surgido no momento de maior pressão da polícia e de maior dificuldade para exportar a massa, por exemplo, para o México e Peru. A solução foi “trabalhar a massa” que estava parada para não perder dinheiro. Assim, a criação do crack teria sido motivada por esses fatores: grande quantidade de pasta-base e dificuldade de mandá-la para o refino, trabalho que necessita de estrutura especializada.

No Brasil, o crack teria sido introduzido no final da década de 80, na cidade de São Paulo. Não se sabe com exatidão a data e nem a forma de entrada do crack no Brasil: vários autores, como Uchôa (1996), Oliveira e Nappo (2008) apontam os anos entre 1988 a 1990. A partir de 1990, Uchôa (1996) refere que o crack passa a ser comercializado também no interior do estado de São Paulo.

<sup>29</sup> Denominações utilizadas pelos adolescentes atendidos no HUOP.

Apesar de inicialmente ter sido utilizado mais por pessoas com menos condições financeiras, já em 1992 Uchôa (1992, p. 133) afirma que o crack passou a ser consumido por pessoas de classe média e alta, trazendo dados de um consultório particular:

O crescimento do consumo de crack entre jovens abastados pode ser recente, mas é avassalador. O psiquiatra Rubens de Campos Filho conta que até o final de 1994 de cada 100 pacientes apenas cinco ou seis eram usuários de crack. Em menos de dois anos, de cada grupo de 100 pessoas que o procuram, cerca de 70 fumam pedras.

O crack encontra-se em todas as classes sociais e que a dependência química não está atrelada apenas à questão financeira. A respeito dessa questão, Uchôa (1996, p. 134) traz um fato interessante- o crack produz sua própria classe social:

O crack tem o poder de “pipar” a classe social de uma pessoa. Nas esquinas, jovens de famílias endinheiradas e daqueles habituados com a pobreza e alimentação precária, dividem na mesma calçada a ansiedade pela próxima pedra. As roupas, a perturbação os tornam iguais, embora sejam de origens distintas. O crack consegue desestruturar e, ao mesmo tempo, criar um amontoado de zumbis “desclassificados” que seguem à risca as regras ditadas pelos cachimbos e fumaça.

Atualmente, o crack encontra-se disseminado em todo o país. De acordo com o Escritório das Nações Unidas para Controle de Drogas e Prevenção ao Crime (*United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention- UNODCCP*), o Brasil constitui-se no maior mercado da América do Sul em usuários de cocaína: mais de 900 mil usuários, em suas diferentes formas de administração. Segundo este órgão, o consumo de crack tem declinado nos Estados Unidos, mas aumentado na Europa e em países emergentes. Na Europa, o número de usuários de crack passou de 2 milhões em 1998 para 4,1 milhões em 2008. Perrenoud e Ribeiro (2010) apontam que não foram instituídas políticas públicas de atendimento aos usuários de crack, pois se supunha que este uso desapareceria. Supunha-se também que a droga levaria rapidamente à morte, mas os autores apontam que existem usuários com mais de dez anos de consumo ininterrupto de crack, apontando para uma provável adaptação do usuário à cultura do uso.

### 2.3 CONSEQUÊNCIAS FÍSICAS, SOCIAIS E PSICOLÓGICAS

Apesar de se constituir basicamente em cocaína, a ação do crack diferencia-se de sua base pelo fato de ser fumada: o crack ao ser fumado é remetido aos pulmões “[...] o maior e melhor absorvente do organismo, com uma área 200 vezes maior que a mucosa nasal. A ação rápida do crack é a responsável pela compulsão.” (UCHÔA, 1996, p. 104) Essa compulsão não é encontrada de forma tão incisiva na cocaína consumida de forma aspirada e parece ser mais intensa do que até a forma injetável. Supõe-se, portanto, que o tratamento do crack, deve ser diferenciado da cocaína consumida sob outras formas.

Donato et al. (2010) aponta que os efeitos do crack são imediatos (5 segundos) após o consumo, bem como muito intensos (até 10 vezes superiores aos da cocaína aspirada), mas dissipam-se rapidamente (cerca de quatro minutos após o consumo).

Quando o usuário fuma o crack, as pupilas se dilatam, ocorrem tremores, tosse insistente. O emagrecimento rápido e crônico também ocorre, pois o crack tira a fome, debilitando os usuários fisicamente. A falta da droga causa nervosismo e aumento da agressividade.

Além da degradação física, o crack traz prejuízos em todas as áreas da vida: o indivíduo não consegue manter sua vida social, desvincula-se da família e degrada-se fisicamente. Este fato já havia sido detectado em 1995 pela Organização Mundial da Saúde (OMS): “A busca da euforia inicial produzida pelo crack torna-se tão dominante que sexo, nutrição, segurança, sobrevivência, dinheiro, passam a não ter mais valor com o passar do tempo” (UCHÔA, 1996, p.143).

Feffermann (2006, p. 76) acrescenta ainda que

O crack possui um poder avassalador, capaz de desestruturar a personalidade, agindo num prazo muito curto e criando dependência física e psicológica. [...] Apesar de o crack diminuir o desejo sexual, a gravidez acaba ocorrendo, pois as mulheres muitas vezes se prostituem para manter o vício. A degradação moral e física é o mais terrível estágio da dependência. O viciado é capaz de tudo para conseguir as tais “pedras porosas”. Começa com pequenos furtos em casa, vem depois a prostituição, assaltos e homicídios. O crack é um produto coercitivo. Pela sua potência o usuário é levado a roubar para obter satisfação. A soma do vício com a miséria explica de alguma forma a violência urbana assoladora.

Essa situação é grave em todas as faixas etárias, mas exacerba-se mais ainda com crianças e adolescentes que estão em uma fase de desenvolvimento físico, mental, social. Nessa faixa etária, o crack traz prejuízos que trarão sequelas a esses indivíduos, sequelas essas, muitas vezes irreversíveis. Tem-se verificado a ocorrência destes fatos no atendimento de crianças e adolescentes no HUOP: envolvimento com situações e atividades em conflito com a lei, gravidez em decorrência de prostituição, perda de valores e padrões sociais. O crack parece embotar as emoções e sentimentos; tudo vai perdendo valor diante do crack.

A compulsão pelo uso do crack leva seus usuários ao envolvimento com atividades ilícitas. Por outro lado, Uchôa (1996) aponta que com o crack, houve uma “abertura de mercado” do tráfico de drogas: os traficantes aceitam mercadorias das mais variadas como forma de pagamento pelas pedras. O fato de serem aceitas mercadorias incentivou atividades como o furto e o roubo para manutenção da dependência de crack.

O crack foi disseminado não somente pelos seus efeitos, mas também pela lucratividade que gera ao tráfico de drogas: Uchôa (1996) refere que na época um quilo de cocaína custava US\$ 10 mil, o que gerava dez mil porções de crack, com retorno garantido de US\$ 250 mil.

Apesar do preço do crack ser menor do que da cocaína<sup>30</sup>, a compulsão leva a um consumo maior e conseqüentemente, a um gasto mais elevado com a dependência.

#### 2.4 A DEPENDÊNCIA DE CRACK EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

No Brasil, o crack, segundo Uchôa (1996) atingiu primeiramente pessoas em situação de rua, entre elas crianças e adolescentes que não tinham condições financeiras para uso da cocaína em pó. De acordo com Nappo (1999) a cocaína (em suas várias formas) vem sendo consumida por pessoas cada vez mais jovens, principalmente após a chegada do crack.

As conseqüências do uso do crack são terríveis para todas as faixas etárias, mas em se tratando de crianças e adolescentes, os prejuízos são ainda maiores com o uso de SPAs, pois segundo Silva e Mattos (2009) o cérebro é

---

<sup>30</sup> Uma pedra de crack custa a partir de R\$ 5,00 pelos relatos dos adolescentes internados no HUOP.

formado basicamente na infância, mas é na adolescência que ocorre um processo de refinamento e amadurecimento cerebral: ocorre o amadurecimento de regiões cerebrais relacionadas à linguagem; a amígdala, o hipocampo e a região pré-frontal, relacionados à emoção e à memória. O uso de drogas nessa fase pode interferir nesse processo e trazer prejuízos ao desenvolvimento. Scivoletto e Andrade (1999) referendam este posicionamento ao trazer que o uso de drogas acarreta prejuízos na formação da personalidade e da identidade do indivíduo, podendo resultar em deficiências na personalidade futura.

Além do prejuízo na questão psíquica, o uso de drogas na fase da infância e adolescência prejudica o aprendizado de funções sociais e o estabelecimento de relações interpessoais. De acordo com Scivoletto e Andrade (1999, p. 143),

Quanto mais cedo se desenvolve a dependência de substâncias psicoativas na adolescência, maior a probabilidade de ocorrerem atrasos no desenvolvimento e prejuízos cognitivos, com suas respectivas repercussões.

De acordo com Kessler (2011), crianças e adolescentes que fazem uso contínuo de crack podem ter o desenvolvimento cerebral comprometido. É comum que usuários da droga apresentem dificuldades de aprendizado, raciocínio, memória, concentração e solução de problemas, o que afeta o progresso acadêmico, o comportamento e a frequência escolar. Além disso, usuários crônicos que estão em desenvolvimento podem apresentar transtornos de conduta, afetivos e alimentares, assim como transtornos ansiosos (fobia social e stress). Sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) são frequentes em usuários de substâncias psicoativas, como o crack, assim como problemas de autonomia e habilidade para estabelecer relações interpessoais.

Outro agravante é que pelo fato de não estarem em fase economicamente ativa, não possuindo recursos para manutenção da dependência, a grande maioria acaba seguindo para atividades ilícitas, como prostituição, tráfico de drogas, roubos e furtos, expondo-se a doenças infectocontagiosas, gravidez, violências e até à morte.

A violência parece estar muito ligada ao crack, pois a principal causa de morte dos adolescentes usuários de crack não é a própria droga, mas a violência

decorrente de envolvimento com tráfico de drogas, roubos e outras práticas infracionais:

O crack também está presente nas estatísticas de homicídios. Entre 1988 e março de 1996, 20.202 pessoas foram assassinadas em São Paulo. Dos 2.951 casos registrados em 1995, por exemplo, 40% tinham crack como motivo. Em abril de 1996, o crack já era responsável por 60% dos assassinatos na cidade. (UCHÔA, 1996, p.159)

Outro estudo realizado por Ribeiro et al. (2006), verificou que dos 131 usuários de crack envolvidos nesta pesquisa, 17,6% haviam morrido após cinco anos, sendo o homicídio a causa mais prevalente. Apenas 10% destes pacientes haviam morrido de overdose.

Além dos prejuízos ao desenvolvimento de crianças e adolescentes, o crack infringe as legislações brasileiras que preconizam a proteção a essa faixa etária para seu pleno desenvolvimento, como está estabelecido pelo ECA:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. (BRASIL, 1990)

O enfrentamento do crack é também um cumprimento à legislação, para que se possa proporcionar condições para que estas crianças e adolescentes tenham condições de se desenvolverem enquanto sujeitos plenos dentro de suas potencialidades.

Existem algumas pesquisas empíricas sobre o crack, delineando o perfil destes usuários. Porém, é praticamente inexistente o material que se tem acerca da dependência de crianças e adolescentes de crack e estratégias de enfrentamento desta problemática.

Devido a haver todos estes riscos para os adolescentes decorrentes do uso do crack, entende-se como urgente a proposição de alternativas de intervenção para enfrentamento desta problemática. Assim, o presente trabalho pretende, entre outros objetivos, realizar o levantamento de propostas de intervenção dos profissionais que atuam na rede de saúde pública do município de

Cascavel para o atendimento de crianças e adolescentes dependentes de substâncias psicoativas quanto ao enfrentamento da dependência do crack.

## 2.5 DADOS SOBRE O CRACK NO BRASIL E EM CASCAVEL-PR

Para apreender a atual situação do crack no Brasil, utilizamos como base os dois levantamentos domiciliares sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil realizados pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas). Um desses relatórios foi elaborado em 2001 e outro em 2005, os quais trazem essa diferenciação entre cocaína e crack.<sup>31</sup> O II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2005 pelo CEBRID, na pesquisa por tipo de substância, mostra o abandono do uso endovenoso da cocaína (0% na pesquisa), o aumento no uso da forma aspirada (2,68%). Mostram-se, também, outras formas de administração, entre elas a forma fumável, o crack. Comparando-se os dois levantamentos realizados, houve um aumento considerável no uso de crack, passando de 0,4% para 0,7% da população em geral. Considerando que, segundo dados do IBGE<sup>32</sup> o Brasil está atualmente com 190.755.799 habitantes, o número de pessoas que já fizeram uso do crack seria de 1.335.290. O II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil mostra que 0,1% da população teria usado crack dentro de um mês, o que resulta em 190.755 pessoas, isso em 2005. Considerando que o crack leva rapidamente à dependência, é possível supor que um grande percentual desta população poderia estar dependente da substância em questão.

Em 2008, quando se propôs a pesquisa sobre o tema, havia poucos estudos que versavam sobre isso, e os números apresentados pelos órgãos oficiais por meio de suas pesquisas estavam aquém da realidade. De acordo com Costa (2010), o Ministério da Saúde estima em 2010 que 600 mil jovens sejam dependentes de crack no Brasil, número que para alguns estudiosos seria o dobro. No entanto, ainda não há estudos contabilizando o número exato de dependentes de crack no Brasil. Um estudo com 245 pacientes atendidos em dois serviços ambulatoriais especializados na cidade de São Paulo, entre os anos de 1990 e

<sup>31</sup> Levantamentos disponíveis em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>.

<sup>32</sup> Dados provenientes da Sinopse do Censo Demográfico 2010 do IBGE disponíveis em: <<http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php>>.

1993, mostrou um aumento na procura destes serviços por pacientes usuários de crack de 17% em 1990 para 64% em 1993. Laranjeira (apud COSTA, 2010), afirma que “[...] há uma epidemia de crack no Brasil, uma epidemia sem barreiras socioeconômicas.” A SENAD iniciou em 2010 o preparo de uma pesquisa a nível nacional para avaliar a situação do crack no Brasil, mas ainda não se tem conhecimento de resultados desta pesquisa.

Além do crescimento rápido do consumo de crack, o que vem alarmando é a degradação física, mental e social que ele causa, bem como a dependência que se instala rapidamente. Scivoletto e Andrade (1999) afirmam que a tendência internacional é do crescimento do consumo de cocaína, especialmente o crack e a grande preocupação é a velocidade com que isso tem ocorrido. Segundo estes autores, “[...] entre os adolescentes em tratamento por abuso de drogas, a cocaína foi a segunda droga ilícita mais consumida (71,7%), atrás apenas da maconha (90,6%)” (SCIVOLETTO; ANDRADE, 1999, p. 140)

Em Cascavel-PR, não se sabe com exatidão o número de usuários de crack nem a quantidade real desta droga que está em circulação no município. Segundo informações repassadas pela 15ª Subdivisão Policial de Cascavel (SDP), pelo DENARC (Divisão Estadual de Narcóticos) e pela Polícia Federal, Cascavel encontra-se na rota do tráfico internacional de drogas e não se sabe se as quantias apreendidas no município em questão seriam destinadas para o consumo interno ou estariam sendo encaminhadas para outros estados.

De acordo com o site do Governo Federal “Enfrentando o crack”, a pasta base que dá origem ao crack, no levantamento realizado em 2009, origina-se dos países Colômbia (43%), Peru (38%) e Bolívia (19%). De acordo com este mesmo site, 99% da coca é plantada e processada nesses mesmos países. No Brasil, a pasta base entra pelo norte do país (Acre, Amazonas e Roraima) e também pelo Paraguai, país vizinho ao nosso Estado do Paraná. Esta pasta base é transformada em crack principalmente em laboratórios nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Espírito Santo e Rio Grande do Sul, de acordo com informações do Governo Federal. O Paraná é escolhido como rota por causa da proximidade com outros países, especialmente o Paraguai, bem como por ser um corredor de distribuição para o resto do país e a região oeste do Estado do

Paraná, por estar na divisa, apresenta a maior concentração e apreensões de drogas, principalmente entre Foz do Iguaçu e Guaíra, por causa do Lago de Itaipu.<sup>33</sup>

Pode-se verificar o aumento do consumo por meio das apreensões que tem crescido assustadoramente, conforme demonstram dados abaixo da quantia de crack apreendida pelos órgãos de repressão ao tráfico de drogas:

**Tabela 2 – Dados sobre apreensões de crack efetuados pela 15ª SDP**

| ANO DE APREENSÃO | QUANTIDADE DE CRACK APREENDIDO (KG) |
|------------------|-------------------------------------|
| 2008             | 54                                  |
| 2009             | 170                                 |
| 2010             | 301                                 |

Tabela: Dados fornecidos pela 15ª Subdivisão Policial de Cascavel (SDP), Polícia Federal e DENARC

Observa-se um crescimento substancial na quantidade de crack apreendida comparando-se os anos de 2008 e 2010, um aumento de 557%. Porém, um fato que estas autoridades chamam a atenção é de que não apenas o volume de crack tem aumentado: as apreensões de todas as substâncias psicoativas tem crescido, especialmente de maconha. Nos primeiros seis meses de 2010, a Polícia Rodoviária Federal (PRF) apreendeu 23 toneladas de maconha que eram transportadas pelas estradas do Paraná. Se comparado ao primeiro semestre de 2009, o crescimento foi de 224%. Naquele período, 7,1 toneladas de maconha foram recolhidas. O volume da maconha se explica porque, para haver compensação financeira para os traficantes, a droga tem de ser transportada em grande quantidade.<sup>34</sup> Além destes dados, no primeiro semestre de 2010, a PRF recolheu 240,6 quilos de crack, o que representa um crescimento de 102% em relação ao mesmo período de 2009, quando foram apreendidos 118,9 quilos.<sup>35</sup> Portanto, há muita droga circulando pelo Paraná e por Cascavel, e com oferta generosa, os

<sup>33</sup> Informações disponíveis em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?tl=1&id=1020518&tit=Em-um-semester-PRF-PR-apreendeu-mais-maconha-que-em-todo-ano-de-2009>>. Acesso em: 17 nov. 10.

<sup>34</sup> Informações disponíveis em: <<http://www.portaldoservidor.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=689>>. Acesso em: 17 nov. 10.

<sup>35</sup> Informações disponíveis em: <<http://jornalnacional40anos.blogspot.com/2011/03/30-mil-pedras-de-crack-foram.html>>. Acesso em: 22 abr. 11.

índices de uso e dependência crescem.<sup>36</sup> Conclui-se, portanto, que o consumo de drogas está crescendo de forma generalizada.

Não se sabe com exatidão o ano de entrada do crack em Cascavel. De acordo com os relatos dos profissionais, no Hospital Universitário do Oeste do Paraná e no CAPS ad o atendimento desta população começou desde o início de suas atividades, nos anos de 2007 e 2004, respectivamente. Já no MOLIVI, instituição com um histórico de atendimento desde 1986, houve uma percepção do atendimento de usuários de crack de forma mais evidente a partir de 1996, o que demonstra que a droga não demorou para migrar de São Paulo para o interior. Mas o crescimento do número de pessoas a procura de tratamento, segundo profissionais entrevistados, tem ocorrido de forma mais incisiva há 4 anos:

[...] tem um índice alto de dependentes químicos, dentre eles está prevalecendo o crack. [...] Nós percebemos que de 3 a 4 anos para cá tem aumentado significativamente a procura. As pessoas que procuram por tratamento são usuários de álcool no caso dos adultos e crack, todas as faixas etárias, mas por outras drogas, não há procura. (Sujeito 12)

Pelo fato de não haver ainda muitos dados sobre o número de usuários e características dos mesmos no município de Cascavel, optou-se, então, por averiguar junto aos profissionais que trabalham com estas crianças e adolescentes dependentes químicos características deste público.

## 2.6 PERCEPÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS QUANTO ÀS CARACTERÍSTICAS DO USUÁRIO DE CRACK EM CASCAVEL

Por meio do questionário, foi perguntado aos profissionais sobre as características das crianças e adolescentes usuários de crack atendidos pelos serviços pesquisados. Acredita-se que para a realização de um tratamento efetivo, é preciso conhecer as peculiaridades deste público.

As características mais citadas pelos profissionais entrevistados encontram-se relacionadas de forma decrescente:

---

<sup>36</sup> Informações disponíveis em <http://www.opresente.com.br/policial/noticias/12435/?noticia=450-kg-de-maconha-e-87-de-crack-sao-incinerados-em-cascavel>. Acesso em 22/04/11.

**Tabela 3** – Características das crianças e adolescentes usuários de crack citadas pelos profissionais entrevistados.

| CARACTERÍSTICAS   | N DE CITAÇÕES |
|---|---------------|
| Conflitos familiares, desajustes familiares, famílias “desestruturadas” | 9             |
| Evadidos da escola  | 8             |
| Baixa renda   | 7             |
| Em conflito com a lei   | 3             |
| Idade entre 13 a 17 anos  | 3             |
| Ensino fundamental incompleto   | 2             |
| Maior incidência entre o sexo masculino                                 | 2             |
| Em situação de rua  | 2             |
| Crack enquanto principal droga de uso                                   | 2             |
| Reincidentes  | 1             |
| Poliusuários  | 1             |
| Comportamento agitado, agressivo  | 1             |
| Experiência com outras SPAs antes do crack                              | 1             |
| Histórico de uso de SPAs na família ou pessoas próximas                 | 1             |
| Mais debilitados fisicamente  | 1             |
| Oriundos de Cascavel e região   | 1             |
| Uso mais de 1 ano   | 1             |
| Início de uso 11 a 13 anos  | 1             |
| Curiosidade enquanto motivo de uso                                      | 1             |
| Uso contínuo de SPAs  | 1             |
| Histórico de tratamentos anteriores                                     | 1             |

**Fonte:** Questionário perfil profissionais

Dos 15 profissionais entrevistados, 9 citaram enquanto característica dos usuários de crack a **falta de estrutura familiar**: famílias “desajustadas, desestruturadas, com diversos conflitos, com ausência da figura paterna”.

Definir família é algo complexo, pois segundo Miotto (1997), a família é um fenômeno cultural determinado historicamente, que modifica-se diante das mudanças sociais, culturais e econômicas. O IBGE define família enquanto um “conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residente na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar.”<sup>37</sup>

<sup>37</sup> Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao\\_de\\_vida/indicadores\\_minimos/conceitos.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_de_vida/indicadores_minimos/conceitos.shtm). Acesso em: 10 ago. 2010.

Adota-se a concepção de família, para fins desta pesquisa, de pessoas residindo na mesma casa, mas não necessariamente ligadas por laços de parentesco, mas sim de afetividade.

Considera-se que, independente da forma de organização familiar, a família deve suprir as necessidades da criança e adolescente, bem como um espaço para crescimento dos mesmos, o que nem sempre acontece. Cabe ao Estado, portanto, entrar em cena e auxiliar esta família a desempenhar seu papel.

A **evasão escolar** e série de evasão foi citada por oito dos profissionais citaram enquanto característica dos usuários de crack. Uma pesquisa realizada em 2004 pelo CEBRID com 48.155 estudantes demonstrou o crescimento do uso de crack entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino em 27 capitais. Esta pesquisa verificou que as regiões que apresentaram maiores porcentagens de uso na vida de crack foram: Sul (1,1%) e a Sudeste (0,8%). O uso pesado de crack esteve ao redor de 0,2%. Kessler e Pechansky (2008) afirmam que este número é reduzido pela incompatibilidade entre o uso intenso de crack e a manutenção de atividades do cotidiano, dentre elas a vida escolar e que o número de usuários seria expressivamente maior.

Outra característica citada pelos profissionais é a **prevalência da escolaridade no ensino fundamental incompleto**.

[...] o que a gente percebe, quando é o crack, então a vida dele é completamente devastada, em todas as áreas. [...] Então ele se afasta de tudo, ele se afasta da escola, ele se afasta das atividades de lazer. (Sujeito 13)

A dificuldade de manutenção de vínculos, seja com a escola, família, programa social, entre outras instituições sociais configura-se enquanto uma característica do usuário de crack e um desafio para o tratamento desse público: fazer com que ele construa um vínculo com o serviço de saúde que o atende. O fato de verificar-se que o uso de drogas ocorre de forma mais incisiva a partir do ensino fundamental é extremamente relevante para o planejamento de estratégias para a prevenção e enfrentamento do uso de SPAs nesse período, não somente pela política de saúde, mas também pela própria escola e demais políticas.

Outra característica citada por sete dos profissionais para os usuários de crack foi a **baixa condição socioeconômica** destas crianças e adolescentes.

A gente tem relato, por exemplo, de menor que começou a usar crack porque passava fome e o crack tira a fome, ou para fugir da violência familiar, que apanhava do padrasto, apanhava da mãe, tem muitos relatos cruéis assim. (Sujeito 14)

Isso não significa que a dependência química esteja atrelada à questão econômica, mas mostra que a população com maior poder aquisitivo busca outras formas de tratamento, principalmente na esfera privada de atendimento à saúde.

Dos profissionais entrevistados, três citaram que muitos destes adolescentes usuários de crack estão **em conflito com a lei**.

Eu tenho casos de adolescentes que foram apreendidos 15, 16 vezes, 20 vezes, e o que eu percebo é que nosso sistema judiciário, não sabe muito bem como lidar com esses adolescentes infratores e que ainda são acometidos pelo uso da substância química, que é muito complicado. (Sujeito 1)

Conforme já demonstrado, pelo fato de o crack se constituir em uma droga estimulante e causar uma forte fissura, seu usuário acaba se colocando mais em situações de risco e de violência.

Outra característica citada pelos profissionais dos usuários de crack é que a maioria destes usuários constitui-se de **adolescentes**. A idade prevalente destes usuários de crack, citada por três dos profissionais entrevistados, seria entre os 13 a 17 anos de idade. Um fato interessante citado por um dos profissionais entrevistados é que a busca por tratamento pelo adolescente tem ocorrido mais próximo à maioridade, talvez pelo amadurecimento intelectual ou talvez pelas mudanças que a maioridade irá trazer (responsabilização pelos seus atos), bem como pela dificuldade de disponibilidade de serviços para adultos dependentes químicos:

[A maioria vem internar] Contra a vontade. E eu percebo que os que vêm mais porque pediram para se tratar estão na faixa de 17 anos para frente. [...] Acho porque está formando uma opinião própria, tem

mais poder de decisão já sobre sua vida. Geralmente pode ver, adolescentes de 17 anos pedindo para se tratar. (Sujeito 15)

A **prevalência do sexo masculino** entre os usuários foi apontada também pelos profissionais entrevistados enquanto característica dos usuários de crack. Essa diferença entre os sexos parece estar ligada mais a fatores sociais do que a fatores biológicos: de acordo com Gomide e Pinsky (apud PINSKY; BESSA, 2009), espera-se socialmente que os meninos apresentem desde a infância um comportamento de luta, de força, situação que é inversamente esperada das meninas: delas, espera-se um padrão social de comportamento mais dócil, meigo. Diversas drogas apresentam efeitos que potencializam comportamentos de força, coragem e segundo os autores supra citados, a pressão social para que os meninos adotem comportamentos desta estirpe poderia ser um fator de risco que poderia levá-los ao consumo de drogas a fim de adotar o padrão de comportamento socialmente esperado. Como este padrão de comportamento social esperado das meninas é inverso, este seria um dos motivos pelos quais há menos mulheres usuárias e dependentes de substâncias psicoativas.

[...] Geralmente a maioria dos adolescentes vem aqui, porque a gente recebe muito mais meninos do que meninas [...] (Sujeito 10)

Os profissionais apontam o **crack enquanto principal droga de uso**, mas em geral combinada a outras SPAs, ou seja, a maioria dos usuários de crack é poliusuária. Os profissionais estimam que a nível ambulatorial a média de atendimento dos usuários de crack seria de 17,6% ao mês. A maioria dos profissionais relata não possuir um levantamento oficial do perfil dos pacientes atendidos, portanto, tais porcentagens são estimativas da realidade.

[...] não existe um levantamento de quantos pacientes são realmente usuários de crack. Então em todos os atendimentos se percebe que os adolescentes vêm com múltiplas drogas, não é só uma droga, ou é álcool e cigarro, maconha, crack, crack e maconha, álcool, estão sempre associados. (Sujeito 2)

Já no internamento, tanto hospitalar quanto em comunidade terapêutica, 90% em média dos pacientes seriam usuários de crack. Essa diferença no perfil ocorreria devido à dificuldade de adesão dos pacientes usuários de crack,

fator apontado pelos profissionais entrevistados enquanto dificuldade de tratamento destes pacientes:

[...] o meu público alvo, o meu universo de atendimento na realidade são os adolescentes, mas a maioria deles é crack. Só tem um menino aqui que se envolveu com maconha, já faz dois anos e é o único que não é dependente do crack, fora ele todos são crack. (Sujeito 4)

Essa diferença é apontada por Laranjeira (2010, p. 31): segundo o autor, “Tratamentos ambulatoriais com frequência semanal não se mostram eficazes a usuários de cocaína.”

Uma característica apontada por dois dos profissionais aos usuários de crack é que a maioria trata-se de **reincidentes**, recaída que tem ocorrido de forma recorrente para muitos usuários desta droga.

Os profissionais citaram também enquanto características dos usuários de crack um **comportamento agitado, agressivo e maior debilidade física** comparada a outras drogas. Este comportamento ocorre devido à ação do crack no organismo dos adolescentes e crianças. O crack provoca sintomas físicos como falta de apetite, ocasionando um emagrecimento rápido, e sintomas psíquicos, principalmente a paranoia: o indivíduo imagina que está sendo perseguido, que está em perigo. Por isso que os usuários de crack também são conhecidos como “noiados, noia”, neologismos esses decorrentes da palavra paranoia.

A gente vê o adolescente emagrecido, bem... tem alguns que já chegam para gente com bastantes transtornos, que tem uma certa, assim, dificuldade de atenção. (Sujeito 10)

Verifica-se que algumas características relacionadas a usuários de crack pelos profissionais das equipes dos serviços de atendimento a crianças e adolescentes dependentes químicos são comuns a outras substâncias. O crack, porém, tem se apresentado de forma mais degradante, trazendo consequências mais sérias a seu usuário:

Eles chegam para nós muito debilitados pelo consumo, pela falta de se alimentar, de dormir. (Sujeito 14)

Os profissionais citaram também enquanto perfil dos usuários de crack a **experiência com outras SPAs antes do uso de crack**, colocando-a no final de um processo de dependência.

[...] é uma coisa que nos deixa bem assustados com relação ao crack, principalmente porque está se mostrando muito devastador. [...] quase 90% dos usuários de substâncias psicoativas são usuários de crack. Começaram com álcool e tabaco, partiram para a maconha e em seguida o crack, que os envolveu, de uma forma destrutiva porque aí começam a cometer pequenos delitos, furtos e são apreendidos. (Sujeito 1)

O **uso de SPAs por membros da família ou pessoas próximas** foi citado por 6% dos profissionais entrevistados. Esta situação problematiza o tratamento do adolescente, pois havendo o uso em casa, os riscos da recaída são maiores, mesmo que a droga de uso da família não seja a mesma do adolescente. Por esse e outros motivos, faz-se necessário que a rede de serviços públicos ofereça tratamento e encaminhamentos também à família da criança e adolescente dependente químico.

Eu não saberia te dizer hoje assim o percentual, mas assim, muitos conflitos familiares, como eu te falei dependência, co-dependência, problema de depressão, muitas mães com histórico inclusive de tomar remédio psiquiátrico, fazer tratamento psiquiátrico. (Sujeito 9)

Um dos profissionais entrevistados relatou enquanto característica dos usuários de crack a **proveniência de Cascavel e região**. A origem das crianças e adolescentes varia de acordo com a abrangência do serviço: o CAPS ad é direcionado para o atendimento da população de Cascavel. Já o MOLIVI recebe adolescentes de todo o estado do Paraná, por meio de convênios e determinação judicial. O HUOP recebe crianças e adolescentes de várias regiões do Paraná, por meio da Central de Leitos.

Foi citado também pela equipe multiprofissional o **uso de drogas por mais de um ano**. O uso por um período maior faz com que os usuários estejam mais comprometidos com a droga e o tratamento torna-se mais complicado:

Os pacientes que a gente recebe, na maioria das vezes, estão muito comprometidos com as drogas. Eles não estão iniciando com o uso, já estão usando excessivamente. Uma grande maioria vem por

demanda judicial ou pelo Conselho Tutelar e neste sentido o problema já não é só o uso da droga que interfere, é porque já houve algum outro problema que acabou fazendo com que ele chegasse por essa via. (Sujeito 12)

Laranjeira (2010) aponta que os usuários de crack, entre as drogas ilícitas, são os que menos procuram ajuda e os que mais postergam a busca por auxílio, preferindo o internamento enquanto forma de tratamento. Em geral, buscam tratamento pelo aumento da severidade da dependência, por problemas legais e quando já foram tratados em outros lugares. O mesmo autor aponta que:

Os usuários de crack têm sérios problemas na vida, tanto anteriores quanto decorrentes do consumo da droga. Quanto maior o tempo de uso, maior a tendência de possuírem déficits pessoais, como baixa escolaridade e falta de habilidade para resolver conflitos sociais e afetivos. (LARANJEIRA, 2010, p. 25)

Foi citado também pelos profissionais enquanto **idade prevalente para início do uso entre os 11 e 13 anos de idade**. Em uma das entrevistas, houve relato de início mais precoce:

A [criança] de 8 anos é usuária já há algum tempo de crack e a de 9 desde os 4 ou 5 anos. Então é uma coisa que nos deixa bem assustados [...]. [Sujeito 1]

A **curiosidade** foi apontada enquanto motivo principal para início do uso de drogas, fato observado também no HUOP onde 62% dos internados apontaram este fator para início do uso. Os profissionais entrevistados citaram também enquanto uma das características dos usuários de crack a **passagem por tratamentos anteriores**.

Estas características apoiam-se na percepção dos profissionais que trabalham com dependência química dos serviços pesquisados. Estes, por sua vez, possuem propriedade para aponta-las. O conhecimento destas características é de extrema relevância para a definição de tratamentos efetivos.

No próximo capítulo, será abordado o enfrentamento do crack por essas equipes, objetivo principal deste trabalho. Intenciona-se verificar se essas especificidades do crack são tratadas de modo diferenciado do que outras SPAs e quais as estratégias tomadas para seu enfrentamento.

### **3 O ENFRENTAMENTO DA DEPENDENCIA QUÍMICA DE CRACK E A PARTICULARIDADE DA REDE DE SERVICOS DE SAÚDE MENTAL PARA ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DEPENDENTES QUIMICOS EM CASCAVEL-PR**

Este capítulo irá apresentar o enfrentamento da dependência de crack em crianças e adolescentes no município de Cascavel-PR. Inicialmente, será efetuado um resgate histórico sobre a constituição da rede de saúde mental no município. Em seguida, serão caracterizados os serviços de saúde mental disponíveis neste município para o tratamento de crianças e adolescentes dependentes de crack. Será apresentado então o perfil das equipes multiprofissionais que compõem estes serviços, bem como a descrição da prática desempenhada. Por fim, são apontadas as intervenções realizadas com crianças e adolescentes usuários de crack e estratégias de enfrentamento.

#### **3.1 RESGATE HISTÓRICO SOBRE A CONSTITUIÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM CASCAVEL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DEPENDENTES QUÍMICOS**

O Ministério da Saúde determina que a rede de saúde mental pode ser constituída de diversos serviços, os quais variam de acordo com critérios populacionais e demandas das cidades. Esta rede pode ser composta de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades, leitos em hospitais gerais, ambulatoriais, serviços residenciais terapêuticos, entre outros serviços. Os CAPS constituem enquanto serviços estratégicos na organização da rede e de seu funcionamento. Atualmente, a rede de saúde mental de Cascavel conta com CAPS i, CAPS ad, CAPS III, CASM (ambulatorio para atendimento a partir de 18 anos), serviços residenciais terapêuticos, leitos em hospital geral para crianças e adolescentes dependentes químicos e uma comunidade terapêutica conveniada para atendimento de pacientes do sexo masculino (MOLIVI). Esta rede foi constituída recentemente, como se verá na retrospectiva histórica a seguir.

O Projeto de atendimento em saúde mental de Cascavel, documento elaborado em 2001, aponta que o município aderiu ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1988, implantando gradativamente o SUS. Em 1989, foram municipalizados os serviços básicos (Pediatria, Ginecologia e

Obstetrícia, Atendimento Clínico e Odontologia). Em 1991, foi criado o Conselho Municipal de Saúde pela Lei N° 2209/1991. Em 1992, foi criado o CRE (Centro Regional de Especialidades) administrado inicialmente pelo município e após pelo CISOP (Consórcio Intermunicipal do Oeste do Paraná), situação que permanece até hoje. A maioria dos municípios da região é de pequeno porte e não possui condições para oferecer todas as especialidades médicas em seus municípios. Assim, os mesmos conveniam-se ao consórcio acima citado e encaminham seus munícipes para atendimento no município de Cascavel. A Central de Leitos, responsável pela distribuição das vagas hospitalares, foi criada em 1995, segundo o documento (CASCAVEL, 2001).

Até 2001, a rede de serviços de saúde mental do município de Cascavel era composta por um Núcleo de Atendimento Psicossocial (NAPS), fundado em 1998 e inaugurado em 1999, e um hospital psiquiátrico (Hospital São Marcos), que disponibilizava 295 credenciados pelo SUS (CASCAVEL, 2002). A partir deste ano, o município de Cascavel inicia a adequação da rede de serviços de saúde mental à lei 10.216, de 06 de abril de 2001, impulsionado por esta nova normatização federal e por uma determinação judicial que instava o município a tal. Segundo o Projeto de Implantação do CAPS ad (CASCAVEL, 2002), em 2002, o NAPS é transformado em CAPSi, voltado para o atendimento de crianças e adolescentes. A transformação do NAPS em CAPS i visava ampliar e melhorar o atendimento, adequando-se à Portaria GM n° 251, de 31 de janeiro de 2002 do Ministério da Saúde que instituíva serviços específicos para diferentes populações.

Na data de 05/11/2003, após mais de 30 anos de funcionamento, o Hospital Psiquiátrico São Marcos fechou suas portas, de acordo com o Projeto de Implantação de Residências Terapêuticas no Município de Cascavel (CASCAVEL, 2004). Conforme este mesmo projeto, 27 pacientes encontravam-se na condição de moradores do Hospital São Marcos, sendo atendidos inicialmente no albergue do município e alguns em uma construção nos fundos da Unidade de Pronto Atendimento (UPA)<sup>38</sup> I, onde hoje funciona o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Esta construção foi adaptada para receber provisoriamente os pacientes até a implantação das residências terapêuticas ou a localização de familiares (CASCAVEL, 2004). Com a implantação das residências terapêuticas em

---

<sup>38</sup> Cascavel conta em 2011 com duas Unidades de Pronto-Atendimento Continuado (UPA) 24 horas.

2005, o município alugou quatro casas para alocar oito pacientes em média em cada uma. No ano de 2011, Cascavel passou a possuir três casas devido a falecimentos de pacientes e transferência para familiares com a localização dos mesmos.

Um dado interessante que o projeto do CAPS de 2002 traz é que de 1998 a 2000 haviam sido internados no Hospital Psiquiátrico São Marcos 975 crianças e adolescentes, entre 11 a 18 anos (cerca de 325 crianças e adolescentes por ano). Em decorrência do fechamento do Hospital São Marcos em 2003 que ocorreu repentinamente e da crescente demanda em saúde mental, o município teve que tomar medidas de atendimento urgentes.

Assim, foi dado início ao trabalho do CASM (Centro de Atenção em Saúde Mental) em outubro de 2003 (CASCAVEL, 2007), com o objetivo de atender pacientes adultos de forma ambulatorial. O CAPS ad (Centro de Atendimento Álcool e Drogas), direcionado ao atendimento de crianças e adolescentes usuárias de álcool e outras drogas, tendo sido criado em Cascavel em 2004. A implantação do CAPS III teve início em 2005, serviço este direcionado para o atendimento ambulatorial de forma contínua, em que se atendem adultos com transtornos mentais crônicos. Essa rede de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Cascavel buscou a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços ambulatorial.

Em 2006, por determinação do Ministério Público, foi instalada uma ala no Hospital Universitário do Oeste do Paraná para abrigar e tratar adolescentes em dependência química, com 17 leitos. Em 2008, o município de Cascavel celebra convênio com a comunidade terapêutica MOLIVI (Movimento para Libertação de Vidas) para encaminhamento e atendimento de adolescentes do sexo masculino. Para crianças e adolescentes do sexo feminino, não há comunidade terapêutica conveniada no município.

Atualmente (2011), a rede de saúde para atendimento de crianças e adolescentes dependentes químicos em Cascavel constitui-se do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), que mantém uma Ala para internamentos de desintoxicação com 17 leitos; por 01 CAPS ad (Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas) responsável pelo tratamento e acompanhamento ambulatorial e por uma Comunidade Terapêutica (MOLIVI) conveniada pela Secretaria de Saúde do Município de Cascavel.

Pelo fato de o recorte da pesquisa tratar-se apenas dos serviços gratuitos (públicos e conveniado) para atendimento de crianças e adolescentes dependentes químicos, serão caracterizados brevemente o CAPS ad, o HUOP e o MOLIVI, escolhidos enquanto locais da pesquisa. Estes serviços serão apresentados de forma breve, pois o objetivo é averiguar as estratégias de enfrentamento das equipes que trabalham nesses serviços, e não análise destes serviços. Porém considera-se relevante situar o recorte espacial desta pesquisa, sendo motivo para a caracterização a seguir.

### 3.1.1 Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas- CAPS ad

O Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) de Cascavel foi criado em 2004 pela Prefeitura Municipal de Cascavel para o atendimento específico de crianças e adolescentes. Encontra-se subordinado à Secretaria de Saúde do Município, mais especificamente à Divisão de Saúde Mental.

Na época da pesquisa, o CAPS ad ficava localizado no Bairro Lago Azul do município de Cascavel, em uma estrutura física doada pelo FIA (Fundo para a Infância e a Adolescência)<sup>39</sup> que estava disponível na época e que somente poderia ser utilizada para um serviço direcionado ao atendimento de crianças e adolescentes devido a esta origem. No dia 28 de junho deste ano foi inaugurado um novo espaço físico, mais próximo à região central, o que deverá facilitar o acesso da população e de outros serviços, pela maior disponibilização e frequência de ônibus.

Conta, em 2011, com uma equipe de formação de ensino superior formada por coordenadora, enfermeira, assistente social, terapeuta ocupacional, 2 psicólogos e médico clínico geral<sup>40</sup>. São oferecidos atendimentos individuais e em grupo com estes diferentes profissionais, atividades que serão detalhadas posteriormente. Após a realização da pesquisa de campo, foi integrada novamente ao quadro de funcionários uma psiquiatra. De acordo com os próprios profissionais,

---

<sup>39</sup> “O Fundo para a Infância e a Adolescência é um fundo de natureza pública que existe para três esferas do governo (federal, estadual e municipal), estruturado como unidade orçamentária dentro do órgão ao qual está vinculado, com o mesmo CNPJ. Seus recursos são aplicados em ações e projetos de fortalecimento de atenção a crianças e adolescentes. O FIA tem previsão no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECONAD – Lei nº 8.069/90, artigos 88, IV e 260) e disciplina financeira na Lei Federal nº 4.320/64.” Informações disponíveis em: <[http://www.secri.org.br/pdf/o\\_que\\_e\\_o\\_fia.pdf](http://www.secri.org.br/pdf/o_que_e_o_fia.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 11.

<sup>40</sup> Posteriormente a nossa pesquisa, foi integrado novamente à equipe um médico psiquiatra advindo de concurso público.

o CAPS ad esteve quase um ano sem este profissional, contando com o atendimento do clínico geral para os encaminhamentos e o tratamento medicamentoso.

Além dos profissionais de formação universitária, o CAPS ad conta com uma equipe de apoio administrativo, técnica de enfermagem, equipe de limpeza e oficinairos, que executam as oficinas terapêuticas. Essas oficinas terapêuticas, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p. 20)

[...] são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania.

O CAPS ad em Cascavel oferece diversas oficinas: de música, skate, artesanato, computação, artes plásticas, artes circenses, dentre outras. O atendimento é realizado de segunda à sexta-feira, das 8 às 17:30 horas. O agendamento pode ser realizado diretamente no CAPS ad, sem necessidade de passagem prévia pela UBS ou outro serviço.

Um fato do qual não se tinha conhecimento anteriormente à pesquisa é que além do tratamento, o CAPS ad realiza diversas ações e projetos de prevenção ao uso de drogas, entre eles projetos com escolas e Unidades Básicas de Saúde, que serão explicitados adiante.

Além disso, desconhecia-se também que o CAPS ad atende também crianças e adolescentes em situação de risco, que não fazem uso de drogas ou não fazem uso regular, no sentido de prevenir o uso e a cronificação do mesmo:

[...] tem adolescente que a gente deixa individual quando eles são de risco, mas não estão usando droga. Os que entram para atividade são geralmente os que já tiveram contato com a droga. Fazemos o trabalho de prevenção também, avalia-se o adolescente se está em risco em função da situação da família e dele, se está ficando muito na rua, entre outros, a gente faz atendimento individualizado. Vem para tratamento até avaliarmos se ele está fortalecido pra dizer não às drogas. (Sujeito 2)

Além de prestar atendimento ambulatorial, o CAPS ad encaminha crianças e adolescentes para internamentos de desintoxicação. Os encaminhamentos são realizados por meio da Central de Leitos para o Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), hospital geral localizado em Cascavel e para hospitais psiquiátricos de outros municípios do Paraná: Hospital Filadélfia, localizado no município de Marechal Cândido Rondon; Hospital Psiquiátrico HJ, localizado no município de União da Vitória; Hospital San Julian, localizado em Piraquara. O CAPS ad realiza também encaminhamentos para comunidades terapêuticas: para o MOLIVI, o encaminhamento ocorre de forma direta, devido ao convênio existente no município. Para outras entidades, faz-se necessário acionar a Central de Comunidades Terapêuticas da Secretaria da Criança e da Juventude do PR.

### 3.1.2 Hospital Universitário do Oeste do Paraná- HUOP

O HUOP constitui-se em um hospital geral com 173 leitos destinados a atender as mais diversas especialidades, oferecendo atendimento em saúde para a região Oeste e Sudoeste do Paraná pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Foi criado em 1989 como Hospital Regional (Lei Estadual 13.029/2000), passando em 2005 a Hospital de Ensino da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) por meio da Portaria Interministerial nº 50, de 03 de janeiro de 2005.

No ano de 2006, foi instalada uma ala no Hospital Universitário para abrigar e tratar adolescentes em dependência química, com capacidade para 14 adolescentes (12 à 17 anos) e 3 crianças (até 12 anos). A Unidade de Internação Psiquiátrica do HUOP foi instalada no ano de 2006 devido à determinação do Ministério Público, que ordenou a criação da ala psiquiátrica com o argumento de que não havia em Cascavel e região um serviço que prestasse atendimento intra-hospitalar a crianças e adolescentes dependentes de substâncias psicoativas. Essa ala começou a receber internos a partir de março de 2007, acolhendo, já neste ano 99 crianças e adolescentes.

Apesar de se constituir em uma ala como as demais, ela apresenta diferenciais, fato esse apontado como colocado por um dos profissionais entrevistados:

Existe uma questão diferenciada de horário, de atividades, que não existe em outro setor. [...] atividades que são desenvolvidas com de lazer, de atividades físicas para fazer no horário de atividade externa. (Sujeito 14)

A ala psiquiátrica do HUOP recebe pacientes não somente de Cascavel, mas também de várias regiões do Paraná. Na Central de Leitos, a ala é referência para 95 municípios de 5 regionais de saúde (Pato Branco, Francisco Beltrão, Foz do Iguaçu, Toledo e Cascavel), mas tem recebido crianças e adolescentes de outras regionais, como de Guarapuava e Umuarama. Em pesquisa documental realizada por meio do levantamento das fichas de cadastro do Serviço Social no período de maio de 2008 a junho de 2010, verificou-se que 70% dos adolescentes pesquisados residiam em Cascavel no momento do internamento. Os demais pacientes provinham de diferentes municípios: Guaíra<sup>41</sup>, Corbélia, Marechal Cândido Rondon, Palmas, Cafelândia e Assis Chateaubriand, entre outros municípios, tendo sido recebidos adolescentes desde São Miguel do Oeste no sul do Estado até Amaporã ao norte e Guarapuava ao leste, isso até o momento da pesquisa.

O encaminhamento é feito por um médico tanto do CAPS ad de Cascavel, quanto de outros municípios e a vaga para internamento é solicitada via Central de Leitos<sup>42</sup>. Outras vias de acesso são as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), nas quais o médico pode solicitar internamento também por meio da Central de Leitos e por determinação judicial. Na triagem no HUOP, o adolescente e família ou responsável passa pelo atendimento da assistente social e da psiquiatra. A médica psiquiatra determina o internamento e o tempo de permanência de acordo com a substância utilizada, o tempo de administração e a gravidade da dependência. O internamento ocorre em um período que dura cerca de 15 dias, seguindo as orientações da Portaria N° 1.612/GM, de 09 de Setembro de 2005, que estabelece regras para o atendimento psiquiátrico em hospital geral. O período de internamento pode variar de acordo com avaliação psiquiátrica e a gravidade da situação. O objetivo principal do internamento é oferecer internamentos de curta

---

<sup>41</sup> Guaíra faz divisa com o Paraguai, local de origem de drogas, segundo a Polícia Federal de Cascavel, sendo uma das portas de entrada das SPAs no Brasil.

<sup>42</sup> A Central de Leitos administra as vagas em leitos hospitalares e a ordem das solicitações. Existe no Paraná também uma Central para Comunidades Terapêuticas, que pertence à Secretaria de Estado da Criança e da Juventude para internamentos nessas instituições. Nos dois casos, as vagas são solicitadas por médicos.

duração para a desintoxicação de crianças e adolescentes dependentes químicos, informação confirmada pelos profissionais entrevistados:

[...] o objetivo é a desintoxicação. O internamento, a princípio, o esperado é no máximo 15 dias. Então basicamente é a desintoxicação, é focado para isso: usar medicação exatamente para trabalhar sintomas, e até isso pela determinação judicial [...] a solicitação foi que tivesse esses 10% (na época), das vagas, destinadas à desintoxicação. (Sujeito 8)

Durante o internamento, as crianças e adolescentes passam por atendimentos individuais com a psiquiatra e a assistente social, realizam atividades em grupo com a assistente social e a equipe de Enfermagem e atividades lúdicas e recreativas com a equipe de Enfermagem. O serviço de Psicologia também realiza atendimentos e avaliações conforme solicitado.

Um dos diferenciais observados na prdo HUOP em relação aos demais serviços pesquisados é que alguns profissionais atendem a mais de uma ala ao mesmo tempo, tendo que dividir a carga horária de trabalho entre diferentes afazeres.

São realizadas reuniões semanais com as famílias dos pacientes internados pelo profissional assistente social, a fim de orientá-los sobre questões relevantes para o tratamento e o pós-alta. A equipe de enfermagem e a médica psiquiatra também realizam atendimentos às famílias de acordo com a necessidade e procura:

Desintoxicação, encaminhamento [trabalho realizado pelo serviço]. O assistente social faz trabalho com as famílias também. O enfermeiro também tem orientado algumas famílias, o médico a medida do possível, de acordo com cada caso a gente tem procurado orientar. E essa orientação também para os próprios conselhos tutelares das cidades, os outros serviços também, às vezes ligam e pedem alguma orientação então a gente (orienta). (Sujeito 15)

Após a desintoxicação, a criança/ adolescente é encaminhada para o município de origem, para acompanhamento ambulatorial. Sendo de Cascavel, o encaminhamento é feito para o CAPS ad. Nos demais municípios próximos a

Cascavel, que em sua grande maioria são de pequeno porte<sup>43</sup>, o acompanhamento é realizado pelos profissionais das Secretarias de Saúde, pois não há CAPS ad.

Alguns adolescentes, após o período de desintoxicação, têm sido encaminhados para Comunidades Terapêuticas por determinação judicial, manifestação de vontade do adolescente ou da família ou por indicação clínica, por indicação do serviço de origem e do CAPS ad. Em Cascavel, apenas uma Comunidade Terapêutica é conveniada pela Secretaria de Saúde do município (MOLIVI- Movimento para Libertação de Vidas) e atende apenas adolescentes do sexo masculino. Não há comunidades terapêuticas gratuitas para adolescentes do sexo feminino na região, o que se constitui num problema para atendimento desse público. Somente em casos em que há determinação judicial, pode-se ter acesso à Central de Comunidades Terapêuticas da Secretaria da Criança e da Juventude, mas que não representa garantia, pois mesmo com determinação judicial, o encaminhamento não é realizado se a criança e o adolescente não aceitarem a continuidade do tratamento.

### 3.1.3 Movimento para Libertação de Vidas- MOLIVI

O MOLIVI constitui-se em uma comunidade terapêutica, fundada no dia 24/04/1986. Localiza-se no município de Cascavel, mais especificamente no Bairro Periolo. Trata-se de uma comunidade terapêutica urbana, o que é referendado pela RDC nº 101, de 30 de maio de 2001 que define este serviço enquanto:

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. [...] Tais serviços, urbanos ou rurais, são também conhecidos como Comunidades Terapêuticas. (BRASIL, 2001)

---

<sup>43</sup> Municípios pequenos 1 : com população até 20.000 habitantes. Municípios pequenos 2 : com população entre 20.001 a 50.000 habitantes. Informações disponíveis em: <[http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/mini\\_cd/pdfs/politica\\_nacional.pdf](http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/mini_cd/pdfs/politica_nacional.pdf)>. Acesso em: 21 jun. 11.

O MOLIVI foi fundado por pastores da Igreja Casa de Oração Para Todos os Povos, influenciados pelo Pr. Nilton Tuller que já havia criado instituição similar no município de Maringá e que incentivou os pastores de Cascavel, sob a liderança do Pr. Silas Ribeiro dos Santos, a criarem a instituição. O trabalho iniciou-se em 12 de julho de 1986, em uma casa de madeira localizada no bairro Santa Cruz.

Segundo dados repassados pela entidade, a mesma sempre contou com o apoio de pessoas voluntárias e passou por diversas dificuldades durante sua existência, dentre elas, um incêndio em 1989, decorrente de um curto-circuito, que destruiu completamente a entidade, mas que felizmente, não fez vítimas. De acordo com relatos da entidade, de 1989 a 1991, a entidade não realizou internamentos por não haver local para abrigar os usuários, encaminhando as pessoas para outras entidades. Assim que um novo local foi providenciado, em 1991, as internações voltaram a ocorrer em uma casa cedida no Jardim Brasília II, em caráter provisório.

Em 1992, mais especificamente no dia 04/05, a Prefeitura Municipal de Cascavel cedeu, em comodato, um terreno e instalações no bairro Periolo, onde a entidade continua desenvolvendo suas atividades até a presente data.

Atualmente, o MOLIVI recebe assistência espiritual de diversas igrejas evangélicas, mas não possui vínculo financeiro com nenhuma delas. Mantém-se por meio de parcerias com alguns municípios, incluindo Cascavel desde 2008, por meio de internamentos particulares e auxílio da comunidade.

A presente entidade conta, em seu quadro de funcionários, com uma psicóloga, uma assistente social, uma professora de educação física, cinco monitores, duas cozinheiras e um profissional técnico-administrativo. A entidade possui convênio com um médico psiquiatra, que atende os internos em seu consultório e é pago por consulta.

[...] nós temos a assistente social que está pouco tempo conosco aqui. Eles fazem os trabalhos de grupo comigo, atendimento individual, tem professor de educação física que vem duas vezes por semana. [...] a gente conta com esses convênios que a gente faz com as universidades. Essa semana já começa os grupos de estágio, então já melhora. Sexta-feira já começa um grupo, semana que vem já tem mais dois que vem. (Sujeito 1)

Além dos funcionários, o MOLIVI possui parceria com a Universidade Paranaense (UNIPAR) e com a Faculdade Assis Gurgacz (FAG), instituições de ensino superior do município, as quais, por meio de estagiários desenvolvem atividades em grupo com os pacientes. Além disso, a entidade possui parceria com a UNIPAR para atendimento odontológico toda a quinta-feira.

O programa de tratamento transcorre no período de 6 a 9 meses de internamento na comunidade terapêutica. Um dos aspectos que considerou-se interessante desta entidade e que não se tinha conhecimento anteriormente à pesquisa é que durante esse tempo de internamento na comunidade terapêutica, o usuário vai progressivamente reestabelecendo contato com o meio externo, por meio de visitas periódicas à família, de atividades externas (passeios), os quais vão se intensificando no decorrer do tratamento.

O nosso programa é de 6 a 9 meses. Mais de 9 meses nunca fica. Até agora não aconteceu. Sempre quando dá 9 meses aí eu dou alta terapêutica. Porque nesse tempo eu já trabalhei a ida do adolescente para casa. Então nós já tivemos alguns casos de alta terapêutica. [...] No caso de crack também. (Sujeito 1)

Desde 1986 o MOLIVI atende pacientes adultos. O trabalho com adolescentes teve início há 3 anos e com crianças foi iniciado neste ano, por determinação judicial:

Nós estamos, na verdade, engatinhando no trabalho com a criança e o adolescente dependente de crack. Criança esse ano nós recebemos por Mandado Judicial, pois nossa comunidade terapêutica é específica para adolescentes e adultos, mas recebemos duas determinações de criança, uma de 8 anos e outra de 9. [...] Já com adolescentes faz dois anos que trabalhamos, esse é o terceiro ano, na verdade, 2011 é o terceiro ano que estamos trabalhando. (Sujeito 1)

O MOLIVI tem capacidade para atender 18 adolescentes. Possui parceria com a Secretaria de Saúde de Cascavel e com outros municípios do Paraná. Segundo relatos dos profissionais, há uma grande demanda de internamentos por determinação judicial, principalmente de adolescentes provenientes de outros municípios:

Nós temos capacidade para 18 adolescentes. Atualmente estamos com 6 porque no começo do ano sempre há uma baixa, mas já tivemos com a casa com 18, vindo de todo o local [...] Eu atribuo isso a final de ano porque todo o poder judiciário para, tem férias. [...] (Vocês estão recebendo adolescente de onde?) Curitiba, Londrina, Campo Mourão, Paranavaí, Pato Branco, Francisco Beltrão, Marechal Cândido Rondon, Quedas do Iguaçu, Foz do Iguaçu. Na verdade, vem de todo o local. [...] Nós temos convênio com alguns municípios e por determinação judicial. Normalmente o município encaminha quando o juiz determina que se faça alguma coisa com esse adolescente. (Sujeito 1)

Percebe-se que a demanda judicial tem sido expressiva para o MOLIVI, o que leva a questionamentos sobre o fluxo de encaminhamento que deveria vir pela saúde, fato que foi constatado em todos os serviços participantes na pesquisa.

Após o término do tratamento no MOLIVI, o usuário é encaminhado para atendimento em seu município de origem e em Cascavel, sendo adolescente, no CAPS ad para continuidade do tratamento.

Como o foco desta pesquisa está na intervenção dos profissionais que atuam nos serviços brevemente descritos, serão caracterizados a seguir estas equipes, bem como o trabalho realizado pelas mesmas.

### 3.2 AS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS QUE ATUAM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM CASCAVEL

A política não se realiza por si só, sem atores que a executem. Os profissionais de saúde tiveram papel central na constituição do SUS, em sua regulamentação, da mesma forma que continuam tendo importância fundamental na constituição e construção deste sistema, assim como tiveram relevância na Reforma Psiquiátrica. Esta centralidade é conferida pela Constituição Federal de 1988, que determina ao SUS a formação de recursos humanos na área de saúde e por meio da Lei 8080/90, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual estabelece no artigo 27 sobre a política de recursos humanos, indicando a necessidade da formalização e execução por meio da articulação entre as diferentes esferas de governo. Esta política deveria incluir, segundo esta lei, a organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação.

A questão dos recursos humanos em saúde passa a ganhar maior visibilidade a partir do movimento de reforma sanitária, impulsionada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde que entre outras deliberações, propõe a reformulação do sistema de saúde e a política de recursos humanos. No mesmo ano desta conferência, em 1986, é realizada de 13 a 17 de outubro a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Ocorreram, até 2011, três conferências desta natureza, sendo que a última aconteceu em 2006. Não se verificou a realização de outras conferências sobre esta temática após este ano.

De acordo com Vasconcelos (2007), para assegurar o direito de acesso à saúde como direito de todos e dever do Estado, o Conselho Nacional de Saúde ampliou o reconhecimento das profissões ditas de saúde, por meio da Resolução N° 218, de 06 de março de 1997 para as seguintes profissões: Assistentes Sociais; Biólogos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Odontólogos; Psicólogos; e Terapeutas Ocupacionais. Esta portaria é reflexo das 8ª e 10ª Conferências Nacionais de Saúde: a 8ª trouxe a compreensão de saúde enquanto direito de todos e ampliou a compreensão da relação saúde/doença incluindo as condições de vida e de trabalho enquanto condicionantes desta relação, assim como os princípios preconizados no SUS. A 10ª Conferência Nacional de Saúde reafirmou os princípios do SUS e referendou a importância da ação interdisciplinar na saúde e o reconhecimento das ações de diferentes profissionais.

A partir da 10ª Conferência Nacional de Saúde, apontou-se para a necessidade de uma normatização sobre os recursos humanos. Assim, em 1998, elaborou-se uma versão preliminar do documento “Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS”. A segunda versão foi publicada em 2000 e a terceira e atual em 2003. Porém, de acordo com Machado (2006, p.23)

[...] poucos resultados foram alcançados com a NOB –RH, uma vez que a política que imperou neste período foi a antipolítica de Recursos Humanos, priorizando a privatização por meio da terceirização de serviços, da flexibilização das relações e do *laissez-faire* na abertura de novos cursos na área da Saúde.

Em 2003, é criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, integrada ao Ministério da Saúde, retornando aos princípios de

que a saúde e os trabalhadores que atuam nesta política são bens públicos que devem ser mantidos e qualificados. Para se ter uma política de saúde de qualidade, é preciso ter profissionais qualificados e com condições dignas de trabalho.

Assim, em 2003, o Conselho Nacional de Saúde deliberou, por meio da Resolução 330/2003, sobre a aplicação dos Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB-RH/SUS) como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que apenas em 2007 é instituída por meio da Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. (BRASIL, 2009)

Devido à centralidade e à importância dos profissionais de saúde na política de saúde e, conseqüentemente, na política de enfrentamento ao crack e outras drogas, considera-se fundamental conhecer e reconhecer os sujeitos deste trabalho. Desse modo, apresenta-se a seguir um perfil das equipes que atuam nos serviços de saúde mental disponibilizados no município de Cascavel para crianças e adolescentes dependentes de crack.

Foi distribuído um questionário entre os profissionais das equipes multiprofissionais da rede de saúde pública do município de Cascavel que realizam atendimento de crianças e adolescentes dependentes químicos a fim de conhecer estes profissionais. As respostas registradas no questionário, assim como as informações repassadas durante as entrevistas, possibilitaram a construção de um perfil das equipes que trabalham com o atendimento de usuários de crack.

Quanto ao sexo e idade, podemos verificar certas preponderâncias dos profissionais entrevistados:

**Tabela 4** – Distribuição dos profissionais entrevistados por sexo e idade

| SEXO              | FEMININO  | MASCULINO | TOTAL IDADE |
|-------------------|-----------|-----------|-------------|
| IDADE             |           |           |             |
| 21 a 30 anos      | 3         | -         | 3           |
| 31 a 40 anos      | 2         | 2         | 4           |
| 41 a 50 anos      | 6         | 1         | 7           |
| Mais de 50 anos   | 1         | -         | 1           |
| <b>TOTAL SEXO</b> | <b>12</b> | <b>3</b>  | <b>-</b>    |

**Fonte:** Questionário perfil profissionais

Observa-se que 46,6% dos profissionais encontra-se na faixa etária de 41 a 50 anos e 80% são do sexo feminino. Machado (2006, p. 20) afirma que a “feminilização tornou-se uma marca registrada do setor. A maioria da força de trabalho em saúde é feminina, representando hoje mais de 70% de todo o contingente – e com tendência ao crescimento.”

Quanto às áreas de formação, foram entrevistados 15 profissionais de diferentes áreas de formação como podemos visualizar na tabela a seguir:

**Tabela 5** – Distribuição dos profissionais entrevistados quanto à última titulação e área de formação profissional

| <b>ÚLTIMA TITULAÇÃO</b>       | <b>Graduacao</b> | <b>Especialização</b> | <b>Mestrado</b> | <b>TOTAL AREA DE FORMACAO</b> |
|-------------------------------|------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------------|
| <b>AREA DE FORMAÇÃO</b>       |                  |                       |                 |                               |
| Medicina                      | 1                | 1                     |                 | 2                             |
| Enfermagem:                   | 1                | 2                     | 1               | 4                             |
| Serviço Social                |                  | 4                     |                 | 4                             |
| Psicologia                    |                  | 3                     | 1               | 4                             |
| Terapia Ocupacional           |                  | 1                     |                 | 1                             |
| <b>TOTAL ULTIMA TITULACAO</b> | 2                | 11                    | 2               |                               |

Fonte: Questionário perfil profissionais

Observa-se que a maior parte dos profissionais (74%) possui especialização, ao passo que 13% possuem graduação e mestrado. As áreas de especialização e pós-graduação em nível de mestrado mais citadas foram no tema de saúde pública, com 46% das respostas (administração em saúde pública, ciências da saúde, saúde da mulher). As demais foram realizadas em diversas áreas: docência no ensino superior, atenção psicossocial da criança, serviço social e políticas sociais, entre outros. Não foi citada especialização em dependência química, pois na região oeste do Paraná não havia disponibilidade de cursos cujo tema fosse esse, começando recentemente a surgir alguns cursos na área.

Quanto ao ano e instituição de formação na graduação, dois profissionais não responderam a esta questão. Dos 13 profissionais que responderam, a maior proporção (33%) formou-se na UNIOESTE<sup>44</sup>:

**Tabela 6 –** Distribuição dos profissionais entrevistados quanto às instituições de ensino superior e o ano de formação na graduação

| UNIDADE DE ENSINO E ANO DE FORMAÇÃO | UNIOESTE | UNIPARR | UEL | PUC-PR | Universidade de Caxias do Sul-RS | Universidade Federal de Pelotas-RS | UFPR | TOTAL ANO DE FORMAÇÃO |
|-------------------------------------|----------|---------|-----|--------|----------------------------------|------------------------------------|------|-----------------------|
| 1985-1990                           |          |         |     | 1      | 1                                |                                    |      | 2                     |
| 1990-1995                           | 2        |         |     |        |                                  | 1                                  |      | 3                     |
| 1995-2000                           | 2        |         | 1   |        |                                  |                                    |      | 3                     |
| 2000-2005                           | 1        | 3       |     |        |                                  |                                    | 1    | 5                     |
| TOTAL INSTITUIÇÃO                   | 5        | 3       | 1   | 1      | 1                                | 1                                  | 1    |                       |

**Fonte:** Questionário perfil profissionais

Verifica-se também que 33% formaram-se entre os anos de 2000 a 2005 e os demais antes de 2000. Questionados sobre a realização de cursos na área de dependência química, 20% relataram não haver realizado nenhuma capacitação e 80% realizaram cursos nesta área, sendo os mais citados:

- SUPERA (Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento): curso à distância de 120 horas disponibilizado pelo Governo Federal, por meio da Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD).<sup>45</sup>

<sup>44</sup> Foi criada em 1971 a Fundação Universidade do Oeste do Paraná – FUOP pela Lei Municipal nº. 885/71 em Cascavel. Em 1974, pelo Decreto Federal 065/74, o nome da mantenedora foi alterado e passou a ser chamada de FECIVEL – Faculdade de Educação, Ciências e Letras de Cascavel. Nas demais cidades maiores da região também foram instituídas fundações nos anos seguintes. A Lei 9663 de junho de 1991, transforma as fundações universitárias em autarquias. Com isso a universidade deixa de ser fundação, FUNIOESTE, para ser UNIOESTE, uma autarquia especial diretamente ligada a SETI – Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Em 23 de dezembro de 1994, o MEC reconhece a UNIOESTE como universidade regional multi-campi através da Portaria 1784-A. (BALBINOTTI; KUIAVA, 2006)

<sup>45</sup> Informações disponíveis em: <[http://www.senad.gov.br/saiba\\_mais/capacitacao.html](http://www.senad.gov.br/saiba_mais/capacitacao.html)>. Acesso em: 14 maio 2011.

- Curso Prevenção ao Uso Indevido de Drogas – Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. O curso também ocorre à distância, gratuito, com carga horária de 120 horas.<sup>46</sup>
- Fé na Prevenção: curso à distância também oferecido pela SENAD, direcionado a lideranças religiosas.

O curso SUPERA foi citado por 20% dos profissionais, assim como o Curso Prevenção ao Uso Indevido de Drogas, também citado por 20% dos entrevistados. Outros cursos apontados foram: Intervenção Breve; Redução de Danos; Atenção psicossocial da criança e do adolescente; participação em cursos, palestras, congressos na área da dependência química. Vários profissionais entrevistados estão realizando Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial de Crianças e Adolescentes, com ênfase no atendimento de crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas. Este curso é promovido e organizado pela Secretaria da Saúde em parceria com a Secretaria da Criança e da Juventude, em parceria com a Escola de Governo do Paraná, Escola Nacional de Saúde (ENSP) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Há, portanto, disponibilização de cursos e capacitações gratuitas para preparação das equipes para o enfrentamento da dependência química e que tem sido utilizadas pelos profissionais. No entanto, trata-se de estratégias que precisam ainda ser mais divulgadas e ampliadas. Ademais, a busca por qualificação parece ter partido mais dos próprios profissionais do que dos serviços, conforme se observa na fala de alguns profissionais nas entrevistas:

[...] eu acabei me envolvendo, me inteirando e buscando subsídio teórico de cursos, de palestras, de material, de livro, de bibliografia para fazer, para me instrumentalizar para minha profissão. (Sujeito 14)

Dos 15 profissionais entrevistados, 12 são funcionários públicos admitidos por meio de concurso público, 01 profissional trabalha por contrato temporário, 01 pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e 01 como autônomo, admitido por meio de contrato.

---

<sup>46</sup> Informações disponíveis em: <[http://www.senad.gov.br/saiba\\_mais/capacitacao.html](http://www.senad.gov.br/saiba_mais/capacitacao.html)>. Acesso em: 14 maio 2011.

A carga horária de 33% dos profissionais é de 30 horas semanais. 20% dos entrevistados trabalham 40 horas semanais; 13% trabalha 36 horas semanais e outros 13% atua 20 horas semanais. Os demais atuam em diferentes cargas horárias e organização do trabalho: forma de escala de plantões (6 horas semanais); sobreaviso (12 horas semanais); 13h30 (divide a carga horária em outro serviço) e dedicação exclusiva (sem carga horária fixa). Chama a atenção o fato de que 46,6% dos entrevistados trabalham em outro local, entre 8 a 30 horas a mais da carga horária das instituições pesquisadas.

A atuação em diferentes serviços gera uma carga de trabalho maior e a necessidade dos trabalhadores se especializarem em diferentes áreas, situação que pode gerar desgaste ao trabalhador e comprometimento da qualidade do atendimento, já que o trabalho com a dependência química é extremamente extenuante. Santos Filho (2007) refere que a noção de desgaste e cargas de trabalho amplia a ideia de risco e de doença e de sofrimento.

Um dos fatores para esse acúmulo de funções talvez seja a faixa salarial. Para obter maiores rendimentos, os profissionais atuam em diferentes serviços:

**Tabela 7** – Distribuição dos profissionais entrevistados quanto à faixa salarial

| <b>FAIXA SALARIAL</b>             |          |
|-----------------------------------|----------|
| <b>Até 3 salários-mínimos</b>     | <b>1</b> |
| <b>De 4 a 5 salários-mínimos</b>  | <b>8</b> |
| <b>De 6 a 7 salários-mínimos</b>  | <b>3</b> |
| <b>Mais de 7 salários-mínimos</b> | <b>2</b> |
| <b>NÃO INFORMOU</b>               | <b>1</b> |

**Fonte:** Questionário perfil profissionais

Dos 15 profissionais entrevistados, 53,3% recebem de 4 a 5 salários-mínimos<sup>47</sup>, ou seja, de R\$ 2180,00 a R\$ 2725,00. Os demais, 20% recebem de 6 a 7 salários-mínimos (de R\$ 3270,00 a R\$ 3815,00) e 13,3% recebem mais do

<sup>47</sup> Considera-se o salário-mínimo de R\$ 545,00 instituído pela Lei N° 12.382, de 25 de fevereiro de 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12382.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12382.htm)>. Acesso em: 19 jun. 11.

que 7 salários-mínimos. Pelo desgaste implícito nessa atividade, a faixa salarial deveria ser mais alta, necessidade que fica clara na fala de alguns sujeitos:

[...] Não existe um apoio, porque trabalhar nessa área você deveria ter um incentivo diferente, até salarial. Porque a tua equipe tem que ser a mesma, não pode ter muita rotatividade porque o adolescente vai criar vínculo, não pode ter uma rotatividade de profissionais. Mas é desgastante também, então se você não tem um incentivo, um estímulo diferente, vai um período e depois você não quer mais ficar. Você não quer mais trabalhar onde você está exposto, está ameaçado, está em risco por um mesmo salário de alguém que vai lá 6 horas, atende e vai embora. Então essa questão salarial também é uma questão, também é um desafio, é muito importante, um incentivo para estimular o profissional até para estudar mais, melhorar, aperfeiçoar. (Sujeito 5)

Alguns profissionais referem que um estímulo salarial maior auxiliaria na manutenção de profissionais no atendimento desses sujeitos, o que para o atendimento de crianças e adolescentes é extremamente importante para criação e manutenção de vínculos e facilitaria a busca por capacitação. No entanto, essa diferença salarial, de acordo com Vasconcelos (2007, p.172) é funcional ao capitalismo, pois “É a forma utilizada para fomentar a competição, a fragmentação, a despolitização, a rivalidade, a inveja e a alienação entre os trabalhadores.” A desqualificação que o SUS enfrenta também afeta os trabalhadores nas precárias condições de trabalho estabelecidas. Enfrentar o processo de desmonte do SUS refere-se também à defesa das condições de trabalho e salário dos trabalhadores que constituem esse sistema.

Questionaram-se os profissionais se estes haviam trabalhado com dependência química antes de iniciar a atuação nas atuais instituições: 46,6% relataram que sim. Destes, haviam 57% trabalhado somente com adultos e 43% com todas as faixas etárias, incluindo crianças e adolescentes. Atualmente, 67% destes profissionais atuam com crianças, adolescentes e suas famílias, 13% somente com as crianças e adolescentes e 20% com os funcionários, na coordenação dos trabalhos.

Os relatos de alguns profissionais mostram que estes não tiveram experiência anterior com dependência química, não passaram por treinamento para inserção na atividade, aprendendo com a prática:

Até então eu não tinha tido experiência nenhuma com usuário de drogas. Então a minha prática, a minha vivência se deu sim, meu aprendizado foi prático. [...] A minha experiência ela não foi da teoria para a prática. Foi na prática que tive que construir embasamento teórico. (Sujeito 14)

A falta de investimentos na capacitação dos profissionais gera dúvidas nos atendimentos. Os profissionais demonstram empenho em realizar uma prática qualificada, mas se percebe a falta de apoio dos serviços para qualificar ainda mais essa intervenção e para apoiar estes profissionais, que demonstram estar sobrecarregados:

[...] as pessoas foram desenvolvendo o trabalho, de acordo com aquilo que achava que era correto. (Sujeito 7)

O tempo de atuação dos profissionais nos serviços pesquisados foi variável. Vários profissionais (40%) iniciaram com a implantação dos serviços no HUOP em 2007 e no CAPS ad em 2004 e continuam na área até o momento desta pesquisa. O tempo médio de trabalho nos serviços foi de 3,5 anos, variando de 7 anos até 6 meses. Esse tempo de trabalho demonstra que não tem havido muita rotatividade de funcionários nestes serviços, o que é positivo para o trabalho, para o estabelecimento e manutenção de vínculos. Os profissionais que trabalham nessa área demonstram ser comprometidos com a função que exercem, bem como estar identificados com o trabalho que realizam:

[..] eu mesmo como profissional vou continuar estudando, pesquisando enfim, gradativamente. Meu mestrado que vai ser com certeza na área da saúde mental psiquiátrica, possivelmente com a drogadição não exclusivamente com o crack, é um projeto meu futuro. (Sujeito 14)

Percebeu-se uma equipe comprometida com o trabalho e com os usuários por meio da busca pela capacitação. Verificou-se que apesar dos desafios e do desgaste do trabalho com usuários de SPAs, as equipes mantiveram-se em sua maioria nos serviços e identificaram-se com o tema. A busca por educação permanente trazida pelo SUS e o comprometimento com os usuários parece advir dos próprios trabalhadores, enquanto compromisso ético que possuem com os mesmos.

Apesar do comprometimento, observou-se também um desgaste destes profissionais com relação ao trabalho. Tal hipótese pode ser verificada a partir da fala que se segue:

O trabalho é muito difícil. Eu acho que você chega ao teu limite com eles porque você não sabe nem o que fazer, como agir. Se você trata bem eles acabam achando que você está sendo mole, que então eles podem fugir, que eles podem fazer o que eles querem. Se você é duro demais você corre o risco de romper com eles porque aí também eles se rebelam e se armam de todas as defesas que eles tem pra prejudicar o tratamento. Então é bem complicado. estamos engatinhando; todo dia é um aprendizado. Todo o dia a gente está aprendendo com eles. (Sujeito 1)

Este desgaste está atrelado à própria intervenção com dependência química, na qual se lida com uma questão crônica que envolve diversas outras questões sociais, e também à necessidade de acúmulo de carga horária em mais de um serviço devido à baixa valorização profissional por meio do salário.

Observou-se, de modo geral, a busca das equipes multiprofissionais que atuam com crianças e adolescentes dependentes de crack pela qualificação, seja por meio de pós-graduação (lato ou stricto sensu) seja através de cursos e participação em eventos. Parece haver uma identificação dos profissionais com a área trabalhada devido a esta busca por qualificação, apesar de todas as dificuldades enfrentadas, como carga horária reduzida para atendimento da demanda ou ampliada pelo acúmulo de trabalho em diferentes serviços ou no próprio serviço. Observa-se também a existência de uma equipe formada por profissionais de diversas especialidades, o que é muito positivo, mas a carga horária de muitos nos serviços limita a atuação e a efetividade dos serviços.

A seguir, serão apresentadas as atividades realizadas por estas equipes multiprofissionais. Considera-se relevante conhecer a prática destas equipes, pois a mesma constitui-se de uma estratégia de enfrentamento ao crack.

### 3.2.1 Atividades Realizadas pelas Equipes Multiprofissionais

As atividades compõem a atuação dos diferentes profissionais e entende-las faz-se necessário para verificar o enfrentamento da dependência de

crack em crianças e adolescentes, podendo se constituir em estratégias de enfrentamento a esta problemática.

Dos profissionais entrevistados, a atividade mais citada (86%) e executada em todas as instituições é o **atendimento individual**, atividade realizada por diversos profissionais e as equipes disponíveis em cada serviço. Este atendimento ocorre na inserção da criança e adolescente nos serviços (entrevista inicial/ triagem), sendo nesse momento realizado principalmente pelas profissões de medicina, serviço social e psicologia:

[...] em um primeiro momento quando chega interno aqui o primeiro acolhimento quem faz sou eu. Aí eu faço toda a história de vida dele, faço a minha leitura pessoal [...] (Sujeito 4)

No momento de entrada do usuário no serviço, o objetivo principal do atendimento individual é conhecer o usuário, sua família e seu histórico com relação às drogas, para então definir-se o tratamento:

[...] quando eles entram na instituição primeira coisa que eu faço é fazer a leitura deles, a leitura assim de todos os fatores, desde a leitura da cultura familiar deles, dos hábitos pessoais deles em todos os sentidos. [...] todos eles vêm com culturas extremamente diversificadas, embora eles estejam com o mesmo objetivo ali, mas a cultura deles é totalmente diferenciada uma da outra. [...] através da história de vida dele, através da cultura familiar dele é que eu vou saber trabalhar com ele. (Sujeito 4)

O atendimento individual é realizado também durante o tratamento, tendo como finalidades a avaliação e o acompanhamento clínico e psiquiátrico, psicológico e social e também de enfermagem sobre a questão de cuidados.

[...] Tem o atendimento psicológico que é feito [...] E tem o atendimento médico para quando necessita de medicação, essas coisas. (Sujeito 5)

Verificou-se que o atendimento individual durante o tratamento para acompanhamento dos usuários pode gerar a emissão de laudos pareceres em alguns casos, solicitados em geral pelo Poder Judiciário:

[...] cada adolescente que entra aqui a gente tem que fazer o parecer social [...] a gente tem que todo mês mandar um relatório

para o juiz, como está este menino aqui, até por questão não só burocrática, mas também porque o juiz tem que saber como esse menino está, se realmente este menino continua na instituição. [...] (Sujeito 4)

Observa-se que a fala do sujeito aponta para o atendimento de adolescentes em conflito com a lei, o que exige a emissão mensal de relatórios, situação observada de forma específica em uma instituição. Nas demais, são solicitados relatórios e laudos para encaminhamentos para providências quanto a tratamentos ou situação familiar, mas não observou-se uma periodicidade nessa emissão. O conteúdo do laudo ou do parecer irá variar de acordo com a solicitação, o objetivo proposto e a formação profissional. Observou-se o relato de elaboração destes pareceres e laudos pelos profissionais assistentes sociais, psicólogos e médicos de forma mais expressiva.

A partir dos atendimentos individuais, é realizada a **definição do tratamento**. Esta definição ocorre de forma diferenciada entre os serviços: por meio de reuniões semanais, quinzenais, mensais ou por meio de contato diário dos profissionais e troca de informações. Em alguns locais ocorre a definição do plano terapêutico pelos diferentes profissionais, de forma conjunta:

[...] uma vez por semana nós temos reunião só com a equipe técnica, com terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social e a coordenação junto, e a enfermagem. Daí a gente relata o caso sobre a triagem [primeiro atendimento] depois quando ele retorna ou é com a psicologia ou com a enfermagem. Aí a gente mais ou menos tem uma ideia se é um adolescente que é para entrar para as atividades, ou se é um adolescente que a gente vai atender de uma forma preventiva. Depois na sexta-feira tem reunião com toda a equipe, que é com os oficineiros e com os técnicos. Que daí você também traz o caso, discute o caso com eles e vê, vamos dizer assim, se ele melhorou no tratamento, se ele não melhorou, esses que já estão em tratamento. Ou esses que vão entrar a gente passa que o adolescente vai entrar, quantos dias, a história da família dele, a história dele. E depois a gente sempre tem um estudo de caso com toda a equipe, para ver como ele está indo nas oficinas, se ele tem mostrado motivação ou não para tratamento, essa evolução no tratamento. E também elaboramos novas abordagens e encaminhamentos para o tratamento. (Sujeito 2)

Percebe-se nesta fala que a perspectiva que se tem de cada sujeito é individualizada, posicionamento citado por diversos profissionais em diferentes serviços. Por considerar cada sujeito como único, estabelece-se em alguns serviços

o projeto terapêutico, o qual, segundo o Ministério da Saúde (2007, p. 20-21) “[...] significa procurar o jeito certo e a proposta certa para cada pessoa ou grupo, de acordo com suas preferências e história.” Não existe, portanto, um protocolo de atendimento único aos pacientes, e por isso em alguns destes serviços pesquisados, a equipe se reúne para a estruturação de um plano terapêutico para cada adolescente, considerando as características de cada usuário. O Ministério da Saúde amplia este conceito de projeto terapêutico individual ao propor o Projeto Terapêutico Singular que considera não somente o indivíduo, mas grupos e famílias. O planejamento do tratamento de usuários de crack, portanto, não deve considerar apenas o indivíduo, mas sua família e o meio social em que este vive.

As reuniões entre a equipe ocorrem em alguns dos serviços e em periodicidades diferenciadas. Nessas reuniões, os profissionais de diferentes áreas de formação colocam observações específicas de sua área de formação e o tratamento é decidido em conjunto. De acordo com o Ministério da Saúde, a reunião “[...] é um espaço de diálogo e é preciso que haja um clima em que todos tenham direito à voz e à opinião.” (BRASIL, 2007, p. 53).

Verificou-se, por meio da fala de alguns profissionais, que este projeto terapêutico é revisto no decorrer do tratamento, buscando-se adequar às necessidades do sujeito que podem se alterar neste percurso. Este projeto, portanto, não é estático: “À equipe cabe exercitar uma abertura para o imprevisível e para o novo e lidar com a possível ansiedade que essa proposta traz.” (BRASIL, 2007, p. 45).

Observou-se que nos serviços onde são realizadas as reuniões para definição do projeto terapêutico, busca-se a efetivação de um trabalho interdisciplinar, que conforme já citado por Vasconcelos (2006), ocorre quando diferentes profissões trocam informações na perspectiva de uma construção de um saber comum, mantendo seus saberes específicos, sob uma coordenação comum. Porém, essa forma de trabalho interdisciplinar não é observada em todos os serviços:

[...] o que eu vejo aqui: a gente tem os profissionais, mas o trabalho ocorre de uma maneira muito fragmentada. Cada profissional acaba atendendo, prestando seu atendimento de acordo com a sua formação, mas ainda não tem, a gente ainda não conseguiu integrar esses profissionais até chegar ao ponto de fazer uma discussão de

caso. Acho que ainda precisa fazer uma interação maior entre esses profissionais, trabalhar de uma forma mais integrada. (Sujeito 7)

Verifica-se nessa fala a realização de um trabalho multidisciplinar: há troca de informações entre as diferentes partes, mas apenas de referência e contra-referência.

Para a realização do atendimento individual, foram citadas algumas estratégias pelos profissionais entrevistados:

Primeiro a gente escuta o adolescente, para ver o que ele traz de relato e se ele assume a questão do uso da droga, já orientando ele que a gente vai fazer o exame toxicológico também. E a família para saber o que a família coloca do comportamento do adolescente, porque a gente percebe que muitas vezes, quando ele está muito envolvido com a drogadição ele mente, bastante. Às vezes quando está no início não, é mais fácil a pessoa assumir, mas quando ele está muito envolvido ele mente. Daí a família traz todo o outro lado. Então a gente levanta também a questão socioeconômica da família, como que está o comportamento da família em relação ao uso da droga, quem são os amigos dele, se tem familiares que são usuários de droga também ou álcool. A gente faz o levantamento com o adolescente e com a família para ter um pequeno histórico do adolescente e de sua família, uma noção para depois fazer o estudo de caso. (Sujeito 2)

Observa-se pela fala do sujeito que primeiramente, no atendimento individual, é verificado em qual estágio da escala motivacional o usuário se encontra. Este atendimento é realizado separado de sua família, e em seguida, esta família também é ouvida a fim de comparar e acrescentar informações aos relatos do adolescente. A escuta qualificada é parte integrante do processo de acolhimento deste usuário, o qual segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p. 51) constitui-se em um

Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.

Para se entender o paciente e sua problemática e oferecer estratégias de enfrentamento qualificadas, é preciso ouvi-lo e acolhê-lo sem julgamentos, estratégia que integra a Entrevista Motivacional.

Pela experiência de trabalho da pesquisadora, considera-se uma estratégia interessante ouvir o usuário separadamente de sua família a fim de que ele não se constranja em demonstrar sua posição quanto às drogas. É necessário, ainda, oferecer atendimento separadamente também a esta família, para que ela possa colocar questões que possam diferir do relatado pelo usuário e para se verificar a posição desta família quanto ao tratamento, estratégia integrante da mediação familiar já descrita.

O atendimento individual foi uma das atividades mais citadas pelos profissionais, porém, algumas falas apontam para o **atendimento em grupo** como mais eficaz no atendimento de crianças e adolescentes do que o atendimento individual:

Eu faço atendimento individual, esse atendimento individual também é muito difícil porque o adolescente não se expõe; muito pelo contrário: ele se fecha. Então o que eu faço: eu uso jogos, faço atividades lúdicas, eu trabalho com artesanato. Porque às vezes num trabalho de grupo onde eles estão fazendo artesanato você consegue uma fala deles muito melhor, eles se soltam mais, do que ele aqui na minha sala, olhando para mim. (Sujeito 1)

O atendimento em grupo foi citado por 26% dos profissionais enquanto atividade realizada. O mesmo é efetuado tanto com os usuários quanto com suas famílias nos diferentes serviços pesquisados, sendo efetivado pelos serviços de psicologia, serviço social, enfermagem e terapia ocupacional.

Verifica-se que o trabalho em grupo com crianças e adolescentes pode contribuir para a coleta de informações relevantes ao tratamento e que poderão ser aprofundadas no atendimento individual. No grupo, com seus iguais, o adolescente pode se sentir mais confortável e motivado a realizar falas que talvez não fizesse no atendimento individual, quando somente ele e o profissional de saúde se encontram.

No atendimento em grupo com crianças e adolescentes dependentes químicos, os profissionais citaram a adoção de algumas estratégias. Uma delas é a realização de grupos com duração limitada (cerca de 20 minutos),

que parece funcionar melhor com crianças e adolescentes, pelo nível de atenção limitado que possuem:

[...] o grupo é feito uma vez por semana, eu trabalho com os adolescentes. É um grupo bem rápido, é um grupo com duração de 20 minutos. A função de um grupo é [...] estar servindo de material para depois estar trabalhando com eles no atendimento individual. (Sujeito 3)

A realização de grupos rápidos, além de manterem mais a atenção de crianças e adolescentes, colabora para a adesão dos usuários de crack, os quais, devido ao uso desta droga, têm uma perda cognitiva que dificulta ainda mais o entendimento:

[...] com o uso do crack a gente já tem avaliado bastante adolescente que ele tem perda no cognitivo, perda de coordenação motora e perda de equilíbrio. (Sujeito 10)

O fato de o atendimento em grupo auxiliar na coleta de informações não descarta a importância do atendimento individual, pois como o próprio profissional relata, estas questões serão aprofundadas com o adolescente de forma individual. Os profissionais buscam também realizar dinâmicas e outras estratégias para tornar os grupos mais atrativos e conseguir o envolvimento dos adolescentes:

Nesse grupo eu trabalho aqueles passos da prevenção da recaída, dentro do modelo do estágio de mudança que o adolescente se encontra. Mas sempre com atividades lúdicas, mais com atividades lúdicas, sempre escrevem na atividade, não é só falado por mim eles também participam com sua reflexão sobre a atividade. Porque se você só falando o adolescente ele se dispersa. Então a gente tem atividades escritas e lúdicas, com jogos, a gente faz quebra-cabeça, faz caça-palavras, para que o adolescente interaja melhor na atividade de grupo. [...] Eu percebo que é bem mais participativo, [...] quando é atividade lúdica eu percebo que eles interagem melhor entre eles e com a atividade proposta do grupo. (Sujeito 2)

Piaget, um dos maiores estudiosos sobre o desenvolvimento humano, divide-o em estágios pelos quais todas as pessoas passariam (KRUEGER, 2008). Até a adolescência, segundo Piaget, a criança opera seu pensamento no que ele denomina de “operatório-concreto”: a criança tem dificuldade de realizar pensamentos abstratos, precisa visualizar para entender. No quarto e último estágio

do desenvolvimento de Piaget, denominado de operacional-formal e que ocorre segundo o mesmo a partir dos 11 anos, a pessoa já adquire essa capacidade de abstração. Melo (2009) afirma que o adolescente começa a superar o pensamento concreto; porém, com o uso de drogas, este desenvolvimento fica comprometido. Assim, a atividade em grupo deve considerar a faixa etária dos participantes e o uso de atividades lúdicas e de materiais concretos parece facilitar a adesão das crianças e adolescentes e o entendimento destes sobre o que lhe é repassado, sendo uma estratégia muito válida para o trabalho com esta faixa etária.

Outra estratégia utilizada no trabalho em grupo com crianças e adolescentes dependentes químicos é a realização do grupo motivacional que, segundo Silva et al. (2010), possui entre outras características a expressão de empatia para com o usuário, a oferta de escuta reflexiva, levando-os a estarem mais motivados para a mudança de comportamento.

Além da Entrevista Motivacional, verificou-se a realização de grupos de prevenção à recaída, grupos de saúde (de orientação) e grupos de sentimentos (psicoterápicos):

[...] os atendimentos em grupo: grupo de prevenção de recaída que também fazia parte, grupo de sentimentos, existem os grupos de saúde, grupos operativos para trabalhar as dificuldades deles. (Sujeito 9)

No grupo realizado pela enfermagem, são abordados temas referentes à área de saúde, prevenção e perdas decorrentes do uso de drogas. A informação é apontada por De Micheli e Formigoni (2008) enquanto estratégias relevantes principalmente para usuários nos estágios de pré-contemplação e contemplação da escala motivacional, podendo auxiliar na resolução da ambivalência presente principalmente nesses primeiros estágios de mudança.

Além dos grupos terapêuticos, alguns serviços oferecem oficinas terapêuticas que têm enquanto objetivo trabalhar a coordenação motora, atenção, capacidades que com o uso de drogas são prejudicadas e influenciam na adesão a outras atividades como a escola:

[...] quando ele vem para inserir nas atividades terapêuticas eu faço uma avaliação de coordenação psicomotora, para estar vendo o desenvolvimento motor dele para estar inserindo em uma atividade

[...] Tem artesanato que trabalha a coordenação fina e atenção, porque com o uso das drogas eles perdem muito isso. (Sujeito 10)

Observa-se, pela fala dos sujeitos entrevistados, que o trabalho em grupo com as crianças e adolescentes dependentes químicos apresenta-se enquanto estratégia eficaz no tratamento desta faixa etária.

O **trabalho com famílias** ocorre de forma **individual e em grupo**, atividade esta citada por 60% dos profissionais. De forma individual, é realizado por profissionais de medicina, psicologia, serviço social e enfermagem majoritariamente, ocorrendo em todos os serviços pesquisados, com periodicidade e metodologias diferenciadas.

[...] essa família ela vem para atendimento comigo, geralmente de 15 em 15 dias, e aí a gente trabalha as dificuldades relacionais dentro dessa família. Na verdade, a gente tenta meio que fazer uma busca dos motivos que levaram esse adolescente a fazer uso da substância química e de que forma a família pode nos ajudar no que se refere ao tratamento. [...] Então essa família ela vem, geralmente vem totalmente desestruturada, sem saber o que fazer com esse adolescente, qual a melhor atitude tomar, sem saber o que é essa dependência química. A gente trabalha no sentido de dar um suporte para essas dificuldades que a família tem. E também fazer sessões em conjunto com o adolescente e a família no sentido de trabalhar os conflitos existentes no momento. ( Sujeito 9)

Verifica-se que os atendimentos individuais às famílias ocorrem no sentido de orientação e repasse de informações e também, mais especificamente pelo profissional de psicologia, na realização de sessões individuais e entre a família e o usuário para resolução de conflitos e estabelecimento de contratos mútuos. Percebe-se na fala do sujeito acima citado e de outros entrevistados, que o atendimento individual da família serve para coleta de informações sobre o usuário e sua situação familiar, social e para a preparação dessa família para funcionar enquanto um fator de proteção, conforme já verificado no primeiro capítulo.

Observou-se que em alguns serviços o grupo com as famílias é realizado sem o usuário e em alguns com a presença do mesmo:

[...] Fora os outros projetos que temos, nós temos a co-dependência da família, que quinzenalmente nós fazemos reuniões aqui, com as famílias dos internos, juntamente com os internos, é muito receptivo, as famílias participam muito e é um trabalho muito bom. (Sujeito 4)

A participação ou não do usuário no grupo com a família irá variar de acordo com o objetivo proposto do grupo. Se o objetivo for de autoajuda, o recomendado é que ocorram grupos separados para os usuários e suas famílias. Se o objetivo for o trabalho de conflitos entre os membros, pode-se utilizar do grupo conjunto de pacientes e familiares. Porém, acredita-se que em grupos separados o resultado possa ser mais eficaz, pois a faixa etária é bastante diferenciada e a compreensão também, podendo haver conflitos que exponham os pacientes e suas famílias. Considera-se que possa ser mais interessante o trabalho conjunto dos usuários com suas famílias em atendimentos individualizados.

Verificou-se que nos serviços pesquisados, os grupos com famílias ocorrem de forma semanal, quinzenal e a cada 20 dias, variando de acordo com as características dos serviços (tempo maior de permanência e acompanhamento= espaçamento maior entre os grupos). No caso do HUOP, por exemplo, realizam-se grupos com famílias semanalmente pelo fato de o tempo de permanência ser em média de 15 dias.

O trabalho da família em grupo é realizado tendo enquanto um dos objetivos o repasse de informações pertinentes ao tratamento das crianças e adolescentes, instrumentalizando as mesmas para realizarem esse enfrentamento e também para trabalhar questões referentes à co-dependência:

No grupo de famílias eu também trabalho a questão sobre o tratamento, orientações sobre o comportamento do adolescente, o comportamento da família; porque a família adocece, ficam co-dependentes. (Sujeito 2)

Além disso, verificou-se que o grupo com famílias tem funcionado enquanto uma ferramenta da metodologia da autoajuda ou ajuda mútua:

[...] a ideia é, eu passo a informação sobre o que é dependência, sobre todos os esquemas relacionados à dependência, e a gente traz a experiência deles para ser partilhada no grupo. É uma coisa bastante rica isso aí. Atualmente eu tenho feito grupo com famílias a cada 20 dias. [...] a experiência de grupo sempre é muito rica. [...] eles sempre trazem muito disso, das dificuldades, e o partilhar a dificuldade ela é terapêutica. Não sou só eu que estou sofrendo. E os exemplos eles são muito interessantes, porque uma mãe acha que o filho entrou na droga porque não trabalha, e vai lá uma mãe que o filho trabalha e deu um jeito de entrar na droga. Aí eu quebro com algumas crenças, e também dou a oportunidade de partilhar algumas experiências para dizer “ó, lá em casa funciona assim, na minha

funciona assim, eu fiz isso”. Então é bem interessante essa troca de grupo da família, é bem legal. (Sujeito 9)

O trabalho em grupo com famílias trata-se de uma atividade relevante e que tem alcançado bons resultados pela troca de experiências que essa metodologia proporciona às famílias, de verem outros que têm problemas semelhantes aos seus e como lidam com os mesmos. Parece que o fato de outra pessoa que tem o problema falar e não somente o profissional confere mais materialidade às informações partilhadas. De acordo com Monteiro (1997):

O processo de ajuda-mútua concretiza-se através da acção dos grupos de parceiros que partilham uma situação de vida através da qual se identificam e fundamenta-se na vivência subjectiva dos problemas de cada um dos membros.

O profissional ressalta que além do partilhar de problemas ser terapêutico, o grupo com famílias permite o trabalho e a mudança de conceitos e entendimentos que as famílias tem sobre a dependência química e assuntos correlatos. Washton e Zweben (2009, p. 290) ressaltam que um dos maiores benefícios do trabalho em grupo é

[...] a notável capacidade dos grupos de apoiar e incentivar seus membros para fazer mudanças extraordinariamente difíceis que eles tentaram em vão realizar antes de se juntarem ao grupo. [...] Quando as pessoas com problemas se unem em busca de objetivos comuns, uma série de forças poderosas é mobilizada, motivando-as e inspirando-as a confrontar o problema e resolvê-lo com sucesso.

A estratégia de trabalho em grupo, tanto com os usuários quanto com suas famílias tem se apresentado, portanto, eficaz no desenvolvimento de vínculos e pode auxiliar na adesão ao tratamento e na manutenção da abstinência.

Outra atividade citada pelos profissionais realizada nos serviços pesquisados são os **encaminhamentos**, apontados por 20% dos entrevistados. São utilizados com objetivos diversos: facilitar o acesso tanto do adolescente como da família a outros serviços para continuidade do tratamento da dependência química; para outras políticas a fim de inserir o adolescente em programas e projetos que possam contribuir para o tratamento; para tratamento de outras questões de saúde, entre outros.

[...] geralmente é assim, quando ele sai daqui e, por exemplo, os de fora, eles já vão para o conselho tutelar de lá e o conselho tutelar que vai determinar. Porque é assim, a gente transfere a situação para o conselho tutelar para acompanhá-lo e já encaminhá-lo a assistente social do conselho que vai encaminhá-lo para um trabalho ou alguma outra coisa. [...] (Sujeito 4)

Após o tratamento previsto por cada serviço, que, apesar de haver uma prévia indicação, pode variar de acordo com as características de cada usuário, o mesmo é encaminhado para dar continuidade ao tratamento em outro local. Tendo-se a compreensão de que a dependência química é um problema crônico, sem cura, faz-se necessária a continuidade deste acompanhamento.

Algumas profissões, como medicina e enfermagem, realizam encaminhamentos próprios de suas competências: a solicitação e o encaminhamento para outro tratamento, encaminhamento para outros especialistas e de exames é realizado pelo médico/psiquiatra; a enfermagem auxilia nesses encaminhamentos, executando-os.

Observa-se que são realizados também encaminhamentos para outras políticas, como a de assistência social, e parcerias com organizações não-governamentais, como é o caso da Faculdade Assis Gurgacz (FAG)<sup>48</sup> e o Programa Atitude<sup>49</sup>:

[...] a gente insere eles em alguns cursos que a gente tem com a assistência social, a gente insere ele, ou quando sai daqui para o Atitude. Ou em algum curso de informática junto com a FAG ou com outras instituições que a gente tem parceria. (Sujeito 10)

No entanto, estes encaminhamentos são limitados pela oferta de cursos gratuitos, atividades e serviços a este público, como veremos no item referente aos limites e desafios para o atendimento a crianças e adolescentes dependentes de crack e outras SPAs.

<sup>48</sup> A FAG trata-se de uma faculdade criada em 1997 no município de Cascavel-PR. Informações disponíveis em: <<http://www.fag.edu.br/historico>>.

<sup>49</sup> “A Secretaria Estadual da Criança e da Juventude – SECJ, através de deliberação do Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente – CEDCA/PR, lança o Programa Atitude, que consiste em uma política pública voltada para crianças e adolescentes que estejam localizados em áreas com alta incidência de fatores de risco a formação e desenvolvimento, bem como suas famílias. Trata-se de uma ação de caráter protetivo para crianças e adolescentes com direitos violados [...]” Informações disponíveis em: <[http://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/03082009\\_diagnostico\\_programa\\_atitude.pdf](http://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/03082009_diagnostico_programa_atitude.pdf)>.

As **visitas domiciliares** constituem-se em outro instrumento apontado pelos profissionais entrevistados utilizado no atendimento a crianças e adolescentes dependentes químicos. Majoritariamente são realizadas por assistentes sociais e enfermeiros:

Eu faço as entrevistas iniciais, a triagem; faço atividades de grupo com os adolescentes, que é o grupo motivacional; faço trabalho com a família também em grupo e também os atendimentos individuais para orientação, esclarecimentos e encaminhamentos e visitas domiciliares, todos com o objetivo de orientar, conhecer a população que a gente está atendendo. (Sujeito 2)

A realização das visitas domiciliares, assim como de outras atividades, ocorre com o objetivo de conhecer mais profundamente os usuários atendidos, conhecer as famílias, o modo como vivem e enfrentam suas dificuldades cotidianas. As visitas são realizadas também a fim de tentar envolver a família no tratamento:

A gente faz visitas domiciliares, tanto o serviço social quanto a enfermagem faz as visitas domiciliares, para poder trazer a família junto e mostrar pra família também a importância desse tratamento, dessa necessidade. Isso é uma coisa que é bastante usada por nós aqui. (Sujeito 5)

A visita domiciliar trata-se, portanto, de uma estratégia de extrema relevância no tratamento de crianças e adolescentes dependentes químicos. Lopes, Saupe e Massaroli (2008, p. 242) reforçam esse entendimento ao afirmar que

[...] a visita domiciliar, entendida como método, técnica e instrumento, constitui-se como um momento rico, no qual se estabelece o movimento das relações, ou seja, a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento, favorecendo que os grupos familiares ou comunidades tenham melhores condições de se tornarem mais independentes na sua própria produção de saúde.

Outra atividade destacada pelos profissionais entrevistados foi a realização de **atividades culturais**, entre elas, palestras educativas:

Nós também temos as palestras semanais com os internos os adolescentes. [...] nós temos uma caixinha de sugestão, no sábado que vai ter um pessoal aqui para dar palestra, o que vocês querem?

Chega na segunda eu abro a caixinha e tem um palestra sobre AIDS aí eu trago o pessoal , é sempre assim, querem saber sobre o INSS, aí nós trazemos. (Sujeito 4)

Um aspecto interessante dessa fala é a possibilidade que este serviço confere ao usuário de realizar certas escolhas no seu tratamento, de participar do seu tratamento, o que pode colaborar para melhor adesão, já que o sujeito torna-se partícipe de seu tratamento.

A **realização de passeios e a participação em eventos** fora dos serviços também é uma atividade cultural citada por alguns profissionais, com exceção do HUOP, onde os usuários permanecem internados pela condição e objetivo do serviço, que é de desintoxicação. Nos demais serviços, a realização de passeios ocorre com o objetivo de incentivar os adolescentes na adesão ao tratamento:

[...] uma vez ao mês eu promovo um passeio para eles, até pela questão do confinamento, porque fica muito preso aqui dentro, então esta questão do passeio para eles é maravilhoso [...] Eu levo eles no lago, eu levo eles no zoológico, levo em algum lugar assim para eles passear, e assim, é muito receptivo, até hoje eu nunca tive problemas na questão de comportamento. (Sujeito 4)

O tratamento com crianças e adolescentes dependentes de SPAs deve ser dinâmico. A utilização de passeios e inserção em outras atividades pode auxiliar na reinserção social deste público e servir enquanto motivador para o tratamento.

Outra atividade oferecida nos serviços são as **atividades religiosas**, que são realizadas por pessoas voluntárias ligadas a diferentes igrejas. Apesar de apenas um dos serviços ter sido criado com caráter religioso, todos oferecem esse serviço:

[...] tem várias igrejas que vem aqui e fazem culto, várias denominações evangélicas (Sujeito 1)

A liberdade de culto é protegida pela Constituição Federal enquanto direito fundamental do ser humano e no VII é assegurada a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva.

Das atividades citadas pelos profissionais entrevistados, algumas são específicas a certas profissões, como a prescrição de medicações pelos médicos, o atendimento psicoterápico pela psicologia. Mas as demais atividades são ministradas por diferentes profissionais, não sendo exclusivas de nenhuma área de formação. A importância de haver profissionais com diferentes formações compondo as equipes de trabalho para tratamento da dependência química refere-se aos diferentes olhares sob o mesmo tema, o que confere um tratamento mais global e abrangente da dependência química.

Outras atividades são diferenciadas pela função que o profissional exerce no serviço. Na coordenação dos serviços e da política de saúde mental do município, foram encontrados profissionais com a formação em Serviço Social, Enfermagem e Psicologia e estes profissionais executam atividades específicas de coordenação, trabalhando em sua maioria não diretamente com as crianças, adolescentes e suas famílias, mas com os funcionários dos serviços. Observou-se também diferentes níveis de coordenação: além da coordenação do serviço, existem subcoordenações de atividades e grupos dentro de cada serviço. As atividades citadas por esses profissionais foram: coordenação de grupos de estágio; coordenação e planejamento das atividades do serviço; realização e organização de grupo de estudos com os profissionais; elaboração de escalas de funcionários; organização e cumprimento de normas e rotinas do setor; coordenação de oficinas terapêuticas; resolução de problemas administrativos e assistenciais entre os diversos profissionais que atuam no setor; supervisão da equipe de enfermagem.

[...] eu trabalho na questão de coordenação, com funcionários e alguns problemas relacionados a normas, rotinas [...] Às vezes a gente fica como uma posição meio de intermediário nisso, porque o técnico acaba tendo alguns vícios. E uma parte muito importante da coordenação é você estar tendo supervisão ou atualizando e formando grupos de estudo. Porque com isso você acaba trazendo à tona discussões novas, o que está saindo, o que está ocorrendo, o que está mudando na questão da droga para ficar atento com algumas coisas. (Sujeito 11)

Destaca-se a importância do coordenador enquanto mediador entre as diferentes profissões, característica de um atendimento interdisciplinar, e também de fomentador de novas estratégias, de facilitador de capacitação. O tratamento de usuários de SPAs consiste em um processo complexo, que exige uma qualificação

constante da intervenção dos profissionais envolvidos. Por isso, quando o coordenador do serviço consegue auxiliar os profissionais por ele supervisionados a se qualificarem, a intervenção também é qualificada.

Por meio das falas dos profissionais e dos questionários por eles respondidos, verificou-se diversas atividades desempenhadas pelos mesmos no tratamento de crianças e adolescentes dependentes químicos. Sabe-se que a prática é muito mais rica do que conseguiu-se demonstrar nestas poucas páginas, mas o objetivo era demonstrar as principais atividades realizadas, apresentando ainda que brevemente um pouco do trabalho complexo realizado por estes profissionais, podendo servir como referencial para outras equipes.

### 3.3 O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE CRACK EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM CASCAVEL

Neste item, serão apresentadas inicialmente as particularidades apontadas pelos profissionais no tratamento de crianças e adolescentes usuários de SPAs considerando aspectos específicos desta faixa etária e em seguida, aspectos referentes ao tratamento deste público usuário de crack. São apresentadas na sequência as estratégias construídas por essas equipes para o tratamento de crianças e adolescentes usuários de crack e de reincidentes.

#### 3.3.1 Particularidades e Peculiaridades no Tratamento de Crianças e Adolescentes Dependentes Químicos

Questionados sobre o tratamento de crianças e adolescentes dependentes químicos, **86,8% dos profissionais consideram que há diferenças no tratamento de crianças e adolescentes**, se comparado com o oferecido a adultos.

Uma das principais diferenças é que **a adolescência em si já é uma fase desafiadora**, e com a dependência química, certos comportamentos considerados normais a esta fase são amplificados, tornando o tratamento desse público desafiador:

É uma fase de fragilidade, uma fase de descoberta, de experimentação, de dúvida, de questionamento que eles não estão com o ego totalmente formado, totalmente firmes, consolidados. Então eles tem esta questão do adolescente, o adolescente tem esta postura vitimadora, desafiadora mesmo que é próprio do adolescente, e junto a isso a gente tem questão da drogadição que eu acho que amplifica alguns comportamentos do adolescente de rebeldia, de questionamento. (Sujeito 14)

Kaminer e Szobot (2009) afirmam que esta característica da adolescência de rebeldia, de busca de uma identidade própria pode dificultar a aceitação do tratamento pelo adolescente, já que ele justamente está na busca de independência, o que torna o tratamento dessa faixa etária um desafio.

O aspecto mais citado por estes profissionais enquanto diferença no tratamento desses públicos foi que na maioria das vezes, as crianças e adolescentes atendidos são **encaminhados para tratamento não por vontade própria**, mas por determinação judicial, encaminhamento do conselho tutelar ou encaminhamento da família, às vezes até contra a vontade:

[...] o adulto ele tem uma compreensão, ele vem porque ele quer o tratamento, ele é voluntário, ele vem aqui por vontade própria, às vezes a família está junto, outras vezes não. Já o adolescente não, ele vem porque a família está impondo esse tratamento, o juiz, a justiça está impondo. Então isso é muito complicado porque você está lidando com uma contrariedade dele porque ele não quer estar aqui. Aí ele boicota todos os tipos de tratamento que você faz, todas as abordagens que você tenta com ele. Alguns até que não, mas a grande maioria vem contra a vontade [...]. (Sujeito 1)

Essa dificuldade de busca e de adesão ao tratamento ocorre, de acordo com os próprios profissionais, pela diferença de maturidade que existe entre o adulto, o adolescente e a criança e a certos aspectos próprios da adolescência, como a **dificuldade em perceber a correlação entre as perdas sofridas com o uso de drogas**:

[...] pelo que eu vejo, assim, de relatos o adulto parece que ele tem uma consciência maior dos prejuízos, ele tem uma noção, ele consegue se situar dentro da dependência. E já o adolescente não “ah, não dá nada”, ele sempre tem aquele relato “ah, não vai dar nada”. Não tem, assim, uma noção. São poucos os casos que conseguem assimilar os prejuízos que eles tiveram, as perdas, as dificuldades que eles estão tendo. Então eu acho que uma das diferenças é essa. (Sujeito 5)

Por estar em desenvolvimento físico, psíquico, cognitivo, o adolescente muitas vezes não consegue perceber que as perdas ocorridas estão relacionadas ao uso de drogas, o que um adulto muitas vezes já observa com mais facilidade pelo tempo de vida:

Se for ver vem mais adultos que querem se internar, quer fazer algum tratamento para parar e criança não tem tanto isso, mesmo encaminhado por alguém, ela está numa fase em que a droga não trouxe um prejuízo para ela ainda, bem diferente do adulto que já tem alguns anos de uso daí já está sofrendo mais aí procura. (Sujeito 6)

É interessante que o profissional auxilie a criança e o adolescente a refletirem sobre seu uso e as situações de risco, bem como sobre as perdas tidas em decorrência do uso de drogas.

Os usuários de modo geral possuem dificuldade em admitir a dependência e impotência diante da droga, de acordo com Leite (1999, p. 228-229):

A maioria dos dependentes acredita que para proteger-se da dependência basta ter boa vontade e determinação; então, a necessidade de tratamento pode ser encarada como um grave fracasso, pessoal, isso aliado ao medo do estigma de estar em tratamento para dependência de cocaína. Deve-se ajudar estes pacientes a compreender que procurar ajuda não é sinal de fraqueza, mas sim de força e determinação. Paradoxalmente, o paciente deve admitir sua impotência sobre o uso da cocaína, pois só dessa forma poderá se recuperar e tomar as rédeas da situação.

Com os adolescentes usuários de crack isso parece ficar ainda mais exacerbado, devido à característica da fase em questão, na qual há uma busca pela identidade, pela autonomia e pela característica da droga que rompe os vínculos sociais.

A **ambivalência** está muito presente nas crianças e adolescentes usuários de drogas: por um lado, alguns até percebem a necessidade de parar com o uso de drogas por motivos diversos, mas por outro, o uso de SPAs lhes traz ganhos (popularidade entre grupo de amigos, sensações agradáveis, fuga de problemas, entre outros motivos) que os motiva a continuar com o uso. Um dos primeiros aspectos que é importante conhecer da criança e do adolescente que adentram os serviços é em que estágio motivacional eles se encontram, conforme tratado no capítulo 1.

Outro aspecto que diferencia o tratamento de crianças e adolescentes citado é que características como **curiosidade, tendência à experimentação e falta de perspectiva de tempo** fazem parte dessa fase, trazendo maiores riscos para o uso de drogas e dificuldade para o tratamento:

O adolescente quer experimentar, ele quer viver o agora, ele não está muito preocupado com o amanhã. (Sujeito 14)

Scivoletto e Andrade (1999, p. 138) reforçam essa ideia:

Os riscos a longo prazo tendem a ser negligenciados devido à dificuldade que o adolescente tem que de pensar sobre o futuro mais longínquo. Estão, na maioria das vezes, preocupados com o “aqui e agora”. [...] Além do mais, a aceitação de alguns riscos maiores vai depender das regras impostas pelo seu grupo, porque, para o adolescente, não existe risco maior que ser rejeitado ou ridicularizado pelo seu grupo.

O tratamento para crianças e adolescentes, portanto, precisa considerar aspectos mais presentes: trabalhar perspectivas futuras, longínquas, provavelmente não fará com que os adolescentes se conscientizem e se mobilizem ao tratamento. Considera-se que trabalhar aspectos negativos da droga no presente, prejuízos que eles estão tendo com as drogas no momento atual, podem ser mais eficazes do que abordar as consequências mais a longo prazo:

[...] o adulto talvez por ter passado por algumas etapas, ele já ter ido ao fundo do poço várias vezes, talvez resgatar isso nele seja, não digo fácil, mas seria mais... buscar essa reflexão maior. O adolescente, para ele, tempo é uma coisa muito longe, para ele, como para pessoas que já usaram droga. “Ah, eu estou lá com 40 anos”, para ele 40 anos já é uma pessoa muito velha. “Se eu viver até os 40, que ótimo”. (Sujeito 11)

Os profissionais citaram também a **onipotência da adolescência**, característica dessa fase: o adolescente acredita que com ele, consequências negativas não irão ocorrer. Scivoletto e Andrade (1999) afirmam que em parte isso acontece por consequência dos hormônios sexuais e também pela questão do grupo, em querer impressionar seus semelhantes. O adolescente acredita que as consequências ruins podem acontecer com os outros, mas ele estará livre delas:

O adolescente, pela própria questão da idade, ele acha que está imune a certas situações, ele se coloca mais em situações de risco. Eu acredito que ele tenha uma negação maior de enfrentar, de aceitar mesmo que ele é usuário, que ele precisa desse tratamento. (Sujeito 7)

Pelo fato de as crianças e adolescentes estarem ainda em desenvolvimento e não possuírem maturidade para trabalhar certas questões, foi citado por profissionais entrevistados que o tratamento da dependência química nessa faixa etária precisaria ocorrer por um período mais longo:

[...] é muito mais fácil você trabalhar um adulto que a questão da maturidade já está moldada, agora um adolescente uma criança já é mais complexa, porque a criança você tem que, moldá-la você tem que ensinar, e essa questão de maturidade [...] ela é uma questão a longo prazo, [...] que você vai trabalhando aos poucos, até pela questão cultural, e pela questão mesmo de ele ser um adolescente, de ele ser um criança. (Sujeito 4)

Por várias vezes, os entrevistados comentaram que o trabalho principalmente com adolescentes é difícil, é desafiador pelas características contraditórias e complexas da própria adolescência:

O adolescente [...] ele é muito influenciável: de manhã ele pensa uma coisa, de tarde outra e a noite outra. Então é muito difícil o trabalho com adolescentes. [Ao mesmo tempo] Adolescente quando coloca uma coisa na cabeça ele fica martelando aquilo o dia inteiro. [...] ele fica só falando naquilo. Então você tem que tirar o foco, isso eu já percebi. Quando você tira o foco dele, ele se acalma. (Sujeito 1)

Um dos profissionais comentou que o **adolescente é muito inconstante** e ao mesmo tempo, quando se fixa em algo, é difícil negociar com ele. Outro profissional levantou a **dificuldade de torná-lo partícipe de seu tratamento**:

[...] eles [adolescentes] são ranzinzas, eles são chatos, às vezes eles não aceitam nada, às vezes as coisas tem que ser do jeito que eles querem. [...] adolescente quando bate o pé falando que não quer, é complicado trabalhar com ele. [...] Então esse eu acho que é o maior desafio: tentar conduzi-lo e conversar ele a tentar ganhar ele para o tratamento. (Sujeito 10)

Uma alternativa apresentada por um dos sujeitos da pesquisa para tentar ganhar o adolescente para o tratamento é realizar atividades pelas quais ele

tenha interesse, atividades que lhe tragam prazer e que ele possa ver que além da droga existem outras formas de diversão:

[...] eu digo que a abordagem com adolescente é diferente porque a gente tem que se virar em mil em buscar atividades diferenciadas, em se tornar um serviço atrativo para que esse adolescente entenda que ali ele vai ter muito mais, entre aspas, diversão, mais qualidade de vida com aquilo do que com a droga. Eu vejo que é uma abordagem totalmente diferente, até na postura dos profissionais que vão lidar com esse adolescente, por ele não ter maturidade, por ele não ter consciência dos prejuízos. [...](Sujeito 9)

É preciso tornar os serviços para tratamento de crianças e adolescentes químicos atrativos, com oficinas do interesse dos mesmos e em formato que seja instigante. E isso é um processo contínuo de criação e recriação de estratégias de abordagem. Por isso, é importante a capacitação da equipe que trabalha com esse público e a utilização de atividades lúdicas e recreativas que atraiam e envolvam o usuário:

[...] eu acho que teria que ser um tratamento diferenciado até por questões, por exemplo, das atividades que fazem parte do tratamento, atividades recreativas, lúdicas, terapias ocupacionais. Então o adolescente vai ter uma preferência por outras atividades que o adulto não tem. Isso seria o principal foco. (Sujeito 7)

A fase da infância e adolescência também é desafiadora por **limites intelectuais e biológicos** que esse público tem: a maioria deles possui baixo nível de formação escolar pela evasão escolar que ocorre com grande parte deles, e devido ao uso de drogas, ao prejuízo que elas trazem e a limitação de entendimento da própria fase de desenvolvimento em que se encontram, as crianças e adolescentes possuem mais dificuldades de racionalizar o tratamento do que um adulto:

Então não é fácil trabalhar com adolescente e criança usuário de droga. O adulto você consegue racionalizar, você consegue definir uma linha, você consegue discutir um plano terapêutico com ele, ele tem informação, ele é um adulto, ele completou sua fase de desenvolvimento intelectual. E a criança o adolescente não, ele não tem conhecimento, às vezes não tem conhecimento nem biológico suficiente para poder explicar como a droga age. [...] eles não compreendem porque deixaram a escola muito cedo, não terminaram

os estudos, eles não compreendem os mecanismos biológicos, eles não conseguem entender como a droga atua. (Sujeito 14)

O tratamento de crianças e adolescentes deve considerar, portanto, o nível de desenvolvimento cognitivo, escolar e de habilidades para resgatar e retomar esse desenvolvimento a partir do ponto no qual ele foi interrompido.

Pelo fato de as crianças e adolescentes estarem em desenvolvimento, o tratamento da dependência química precisa também estar em desenvolvimento, em contínuo planejamento e revisão, de acordo com os profissionais entrevistados, bem como exige que o profissional esteja continuamente revendo estratégias, formas, abordagens. O tratamento não pode ser estático.

[...] a gente atende crianças e adolescentes, então você tem que estar avaliando os interesses de cada período de vida para não fazer um trabalho, um protocolo fechado para todo mundo. [...] você tem que fazer com que o adolescente ele não desista do tratamento, tem que trabalhar de acordo com a etapa em que ele está. (Sujeito 3)

Este sujeito considera importante que o tratamento para crianças e adolescentes deva ocorrer em local específico, separado do atendimento a adultos para poder atender às especificidades deste público.

O tratamento de crianças e adolescentes dependentes químicos também deve ser diferenciado pela questão biológica (diferença na quantidade de medicação a ser aplicada), bem como pela necessidade e importância da participação da família no tratamento:

[...] tem a questão da necessidade que são diferenciadas, necessidades físicas mesmo. Eu não posso dar a mesma quantidade de medicação que eu dou para uma criança. De um adulto para uma criança, por exemplo, esta é uma questão básica, é a necessidade enquanto ser humano. A criança precisa de certas coisas diferente do adulto, por exemplo a questão de educação [...] A ligação com a família [...] porque eles precisam deste contato familiar, e outras questões que são do adolescente. (Sujeito 14)

A responsabilidade legal é citada também enquanto diferença entre o tratamento de crianças, adolescentes e adultos. Na fala de alguns, o fato de a criança e o adolescente serem consideradas pessoas em formação e, portanto, não responderem totalmente por seus atos, parece demonstrar que estes estão mais protegidos do que o adulto:

Existe diferença porque o adulto ele responde pelos seus atos e a criança nem tanto. Se a criança entrou nesse meio eu acredito que, tudo bem, está tudo na porta de sua casa, mas eu acho que, no meu ponto de vista, se a gente tem um pouco mais de fiscalização eu acho que a gente consegue segurar um pouco mais. E o adulto realmente a gente não responde por eles. Então nisso eu acho que a criança tem esse privilégio de ter um cuidado mais especial do que um adulto. Eu acredito nisso. (Sujeito 10)

Outras falas denotam que essa diferença legal gera uma falta de autonomia destes sujeitos:

[...] o adulto quando chega aqui ele vem de livre e espontânea vontade, já com os adolescentes é diferente: a maioria vem por mandado do juiz “por livre e espontânea pressão”. Inicialmente quando ele chega na instituição ele chega totalmente derrotado, ele demonstra resistência ao tratamento todo tempo, a maturidade em relação ao tratamento em relação à ele, é a longo prazo. (Sujeito 4)

O tratamento deve considerar essa diferença na responsabilidade legal de crianças e adolescentes. De acordo com o ECA e demais legislações, as crianças e adolescentes até dezoito anos são penalmente inimputáveis, isto é, não podem ser penalmente responsabilizados por seus atos. Por não responderem totalmente por seus atos, precisam estar acompanhadas de suas famílias ou responsáveis para que seus atos sejam legalmente reconhecidos. O tratamento, portanto, deve propor também ações direcionadas a essas famílias, pois estas podem responder pelas crianças e adolescentes. Quando não há essa família, o Estado deve cuidar, mas como já colocado pelos profissionais, o tratamento transcorre de forma mais efetiva com a presença da família.

Dos 15 profissionais entrevistados, apenas **dois consideraram que não há diferenças expressivas no tratamento de crianças e adolescentes dependentes químicos se comparado ao tratamento ofertado para adultos**. Estes profissionais apontam que o processo biológico, físico, da dependência química ocorre de modo similar em todas as faixas etárias:

[...] não percebo isso [diferença no tratamento de crianças, adolescentes e adultos]. [...] quando a gente vai falar com relação ao uso, a forma como eles relatam “ah, eu acabei usando e recaindo”, eu vejo que não difere muito. Aquela coisa assim “me deu a vontade, não teve outra saída, fui lá e usei”. Então de qualquer forma, mesmo ele tendo condição física, tendo uma situação familiar muito melhor,

tendo uma educação muito melhor, tendo um conhecimento melhor, a hora que eles tem a vontade, a fissura, tudo isso não adianta para fazer com que eles não recaiam, eles acabam usando. (Sujeito 8)

Estes profissionais observam que há mudanças quanto à maturidade, condições econômicas e sociais, mas a fissura age de uma forma muito similar independentemente destas condições.

Questionaram-se os profissionais se estes consideravam haver diferença no tratamento para dependência química comparando-se as crianças com os adolescentes. Verificou-se que alguns profissionais consideram que há diferenças: um dos diferenciais é que o adolescente está já numa fase de questionamentos:

[...] você trabalhar com criança, é alguém que ainda não está se questionando sobre as suas escolhas. Agora adolescente não: é aquele que já é mais questionador, aquele que já está questionando, por exemplo, os pais enquanto figuras de autoridade, enquanto modelos a ser seguidos. Então são essas características mesmo do desenvolvimento psicológico que tem que levar em consideração nessa diferença. (Sujeito 3)

Outro diferencial entre criança e adolescente no tratamento para dependência química é que a criança possui capacidade mais limitada para diálogo e tem se percebido um tratamento mais efetivo com a utilização do lúdico:

[...] criança a abordagem é completamente outra. Um adolescente você ainda consegue uma conversa, um diálogo. Com a criança é só através do lúdico. [...] (Sujeito 1)

As crianças, ainda segundo os profissionais, teriam a tendência de se espelhar mais na família do que os adolescentes, os quais já buscam, nessa fase, a referência no grupo de amigos.

[...] um adolescente tem mais maturidade para entender do que uma criança, muitas vezes a criança pode ser levada a fazer isso por conta do modelo que elas têm, o adolescente use talvez mais por conta do contato com os amigos, da identificação em relação ao grupo, as crianças mais com relação aos modelos de casa do pai da mãe, acho que é mais forte para a criança do que para o adolescente. (Sujeito 13)

Alguns profissionais (13,4%) consideram que não há tantas diferenças no trabalho realizado com crianças e aquele direcionado a adolescentes. Segundo os mesmos, a abordagem diferencia-se de acordo com o comprometimento com a droga:

[...] depende muito do comprometimento do uso da droga, na verdade. Não tem muito a ver com a idade, mas o comprometimento com o uso da droga. E a criança, dependendo também da questão da família, a abordagem não é na questão da idade, mas todo um contexto que você tem que faz com que você consiga às vezes avançar nessa questão da droga na família, na dependência. (Sujeito 11)

Um dos profissionais relata que com a situação de rua que muitas crianças acabam ficando devido ao uso de crack, parece ocorrer uma maturação precoce, o comportamento considerado típico da infância se perde e fica o do uso de crack:

[...] por eles estarem nesse contexto de rua, eles já tem alguns comportamentos meio, como é que eu digo mais evoluídos, não é tão infantilizado como a gente pensa que eles chegam. Eles já chegam com alguns comportamentos... não sei como eu poderia dizer, mais essa coisa da rua, eles já chegam sabendo de tudo, enturmado com todos. Não tem que se fazer um atendimento, porque ele tem 8 anos eu vou ter que fazer outra atividade. Ele acaba sendo inserido junto com os outros adolescentes porque de certa forma ele tem uma precocidade no comportamento por causa da rua. Não tem essa coisa da infância, de brincar, da inocência. Ele já está com alguns comportamentos da pré-adolescência. (Sujeito 9)

Nos serviços pesquisados, não se observou uma separação entre crianças e adolescentes nos grupos de trabalho. As diferenças de abordagem parecem ser mais aplicadas a nível individual.

Com relação ao tratamento de crianças e adolescentes, concorda-se com a maioria dos profissionais de que há diferenças no tratamento destas faixas etárias para com os adultos. O tratamento deve considerar a fase de desenvolvimento de cada sujeito e os limites e capacidades de cada um, não pode ser padronizado. Kaminer e Szobot (2009, p. 176) reforçam esta posição:

Os objetivos priorizados, bem como as estratégias cognitivas (grau de abstração exigido, etc) devem levar em conta o estágio do

desenvolvimento em que o paciente se encontra. Às vezes, o adolescente pode iniciar o uso de drogas muito jovem, sem ter desenvolvido adequadamente algumas habilidades ao longo da adolescência. O tratamento deverá auxiliar na recuperação dessas lacunas, pois o paciente dispõe de um leque muito pequeno de comportamentos alternativos mais saudáveis.

Essa diferenciação conferida ao tratamento deve considerar não somente o desenvolvimento nas faixas etárias ditas normais, mas deve avaliar o grau de desenvolvimento de cada criança e adolescente. A avaliação não pode resumir-se à idade, pois pelo uso de drogas, o desenvolvimento pode ter tido comprometidos e esta criança ou adolescente não possuir as habilidades esperadas para aquela faixa etária.

### 3.3.2 Particularidades no Tratamento de Crianças e Adolescentes Usuários de Crack

Uma das principais questões que se procurou responder com este trabalho foi a verificação de especificidades no tratamento à dependência de crack em crianças e adolescentes em relação a outras SPAs. Essa questão foi levantada com os profissionais por meio do questionário e também na entrevista.

Dez profissionais consideraram que **o tratamento de crianças e adolescentes dependentes de crack não difere-se de outras SPAs** e cinco consideraram que **é ou deve ser diferente**.

Entre os que consideram que o tratamento de crack não se difere das demais SPAs, um dos argumentos expostos é de que se trata de uma droga como as demais:

O tratamento realizado é o mesmo para as diversas substâncias psicoativas. O tratamento consiste na administração de medicamentos, atividades terapêuticas e lúdicas, atendimento pelo serviço social, atendimento médico e de enfermagem e avaliação psicológica. (Sujeito 7)

[...] eu não distingo a droga. Para mim são todas substâncias psicoativas. Eu não olho assim “ah, esse é crack, esse é maconha, esse é cocaína”, eu generalizo, são substâncias psicoativas. Eu não tenho um tratamento específico para o usuário de crack, um tratamento específico para o usuário de maconha, um tratamento específico para o usuário de cocaína. Não. A gente generaliza e trabalha igualmente. (Sujeito 1)

Um dos profissionais cita que não há diferença do crack em relação a outras SPAs quanto ao que leva ao uso de drogas: **o uso vai depender da individualidade do adolescente:**

[...] a dinâmica psicológica que leva ao uso da droga, não vai fazer muita diferença sobre o tipo de droga. [...] Vai depender muito da individualidade, do que ele gostou da droga, que efeito positivo que ele tem com a droga, que é uma coisa que a gente avalia quando o adolescente entra, qual o efeito positivo que ele via na questão do uso da droga. Então, por exemplo, tem adolescentes que vão usar para aliviar a tensão, uns para se sentir menos tímidos, etc. Nesse sentido que eu não vejo diferença, por ver a causa. (Sujeito 3)

Um dos profissionais relatou que o tratamento para usuários de crack não diferencia-se de outras SPAs, pois **o foco do tratamento está na severidade do caso**, o que varia de indivíduo para indivíduo e não da substância utilizada:

Não, pois a intensidade do tratamento dependerá da severidade do caso; participação e comprometimento da família com o tratamento; concordância do dependente com o tratamento; encaminhamento/ adesão em programas institucionais de reabilitação; acompanhamento por profissionais especializados, etc. (Sujeito 15)

Outro profissional enfatiza que não haviam tido até o momento a oportunidade de discutir sobre o tratamento do crack, o que denota a importância do tema e a necessidade da promoção de discussões sobre o crack, troca de experiências entre os serviços e capacitações dirigidas aos profissionais:

[...] eu sou bem sincera para ti, a gente nunca teve uma oportunidade de discutir uma abordagem específica para o crack. Aquilo que eu falei para você: a gente entende o crack como mais uma substância dentro das outras, apesar de saber dos efeitos devastadores que ela faz fisicamente e psiquicamente no adolescente. A gente não entende ela separada desse contexto. Há uma abordagem diferenciada para o problema que o adolescente apresenta no momento em que ele chega lá. E aí isso que a gente tenta trabalhar com ele. [...] Eu acho que a diferença com esse adolescente é saber de que forma que a gente pode ajudar ele naquele momento que ele chega [...]. (Sujeito 9)

**Entre os que apontam a necessidade de um tratamento diferenciado para usuários de crack**, os profissionais argumentam que o crack diferencia-se das demais SPAs devido ao comprometimento que ele causa:

A gente percebe que o crack é uma droga que age mais violentamente sobre o organismo da pessoa, ela tem um poder aditivo maior do que outras drogas. (Sujeito 12)

Outra característica citada em relação ao crack é que ele **debilita mais do que outras drogas**:

Ele é muito mais devastador no corpo humano do que qualquer outra droga. Então assim, se a pessoa não se tratar, se ela não se conscientizar que ela tem que sair desta ela acaba sendo um farrapo humano. Eu já conheci pessoas que hoje estão na rua mendigando, estão um farrapo humano, que tiveram tudo. Eu conheço uma pessoa que inclusive era concursada no Estado, tinha um bom trabalho e hoje está na favela, virou um farrapo humano que não quer nada, está no crack há muitos anos e não tem perspectiva de vida nenhuma. (Sujeito 4)

Percebe-se que essa debilidade que o crack traz não é apenas física, mas envolve todas as áreas da vida do usuário. Quem faz uso de crack, parece perder referenciais de valores, troca os vínculos com família, escola, e outras instituições sociais pela droga, o que não ocorre de forma tão radical com outras SPAs:

Eu vejo diferença de ação, farmacológica mesmo, a ação que a maconha causa no organismo, é diferente da ação, e o resultado e a dependência, e a questão do padrão do uso é muito diferente e as conseqüência para a vida do usuário são diferentes. Diferente pegar uma pessoa que é usuária de maconha, o padrão de vida dele é bem mais próximo do normal entre aspas do que um usuário de crack. Então eu acho que as drogas são diferentes. (Sujeito 14)

O fato de agir de forma tão violenta sobre todas as áreas da vida do indivíduo faz com que o tratamento para este público seja um desafio. Outra dificuldade relatada é a promoção da abstinência no crack, que é dificultada pelo nível de fissura causado por ele ser muito alto:

A gente percebe que o crack é uma droga que age mais violentamente sobre o organismo da pessoa, ela tem um poder aditivo maior do que outras drogas. (Sujeito 12)

Além da diferença de ação no organismo, os profissionais citaram a **facilidade no acesso** como fator para sua propagação e que conseqüentemente, dificulta o tratamento:

[...] o crack o que a gente sabe que o acesso é mais fácil porque o custo é menor e mesmo porque ele vicia mais rápido, mais rapidamente. E os efeitos também dele são, atingem direto o sistema nervoso. (Sujeito 15)

Os profissionais citaram também que o crack causa comorbidades que são um desafio para o tratamento

[...] pelas comorbidades que vem com o uso de crack, o que vai exigir um tratamento de reabilitação muito mais intensivo, porque o estrago que o crack causa é muito maior. (Sujeito 3)

Por todos esses diferenciais do crack, os profissionais apontam que o tratamento deveria ser diferenciado, sendo que um dos primeiros encaminhamentos a serem tomados refere-se ao **internamento para desintoxicação**, o que em outras SPAs nem sempre é necessário:

[...] quando o adolescente está num uso avançado do crack, primeiro é encaminhado para desintoxicação e depois reinserido no CAPS ad para plano terapêutico individualizado. (Sujeito 10)

Outro argumento de que o tratamento para usuários de crack deve ser diferenciado é que ele requer a **utilização de medicação** em praticamente todos os casos, o que nem em todos os casos de uso de outras SPAs é preciso. É relatado também que faz-se necessário muitas vezes e de dosagens mais altas que outras SPAs.

No caso de crack é prescrito medicação, não posso te afirmar que todos, mas quase todos são tratados com medicação, às vezes outras drogas como a maconha ou até mesmo a cocaína dependendo do caso não é feita medicação mais é comportamental mesmo. (Sujeito 6)

[...] Em relação à medicação geralmente ocorre a necessidade de medicação em dosagens mais altas. (Sujeito 8)

Um dos profissionais argumenta que o uso de crack provoca maior desestruturação na vida dessa criança e adolescente e isso deve ser focado no tratamento, pois esses fatores dificultam a abstinência e sua manutenção: se a criança e o adolescente romperam com a escola, estão com os laços familiares fragilizados ou desfeitos, não estão inseridos em atividades culturais ou de lazer, a promoção da abstinência torna-se mais difícil. Esta situação muitas vezes não é tão grave em outras SPAs nas quais muitas vezes os indivíduos mantêm atividades cotidianas:

A gente tem que ter um tratamento diferenciado, tanto com relação à substância, porque o crack é uma substância que causa muita dependência, causa dependência rápida. Então eu acho assim que o tratamento tem que ser diferenciado [...] E é aí que eu te falo que tem essa diferença porque se é um adolescente, vamos pensar, que usa maconha, então assim, é droga, é droga ilícita, mas assim, o tratamento talvez seja um pouco diferenciado por conta dessa questão da dependência. É uma droga que vicia, vicia, mas as conseqüências a longo e a curto prazo são bem menores do que o crack. Então isso tem que ser visto, essas conseqüências e o tratamento tem que estar muito aliado a essa questão de como essa droga vai interferir nas áreas da vida desse adolescente. Porque muitas vezes tem um adolescente que usa outro tipo de substância, vamos pensar no álcool e na maconha, mas isso não interfere tanto, vamos pensar, na questão da escola, na questão da família, no relacionamento com a família. E o que a gente percebe, quando é o crack, a vida dele é completamente devastada, em todas as áreas. Então essa é, na minha opinião, a grande diferença do crack em relação às outras drogas. E isso tem que estar aliado ao tratamento. (Sujeito 13)

Nas entrevistas realizadas com os profissionais, verifica-se que apesar de a maioria dos profissionais considerar que o tratamento não deva ser diferenciado, há um outro olhar sobre a questão e que certas especificidades devem ser consideradas: uma delas é que pelo fato de o crack debilitar mais rapidamente do que outras drogas, o internamento para desintoxicação geralmente é o primeiro passo no tratamento, o que nem sempre é necessário em outras SPAs.

Percebe-se, de modo geral, que o foco do tratamento realizado pelos profissionais está sobre o adolescente e não sobre a droga utilizada,

considerando as dificuldades que o indivíduo apresenta no momento em que adentra o serviço:

[...] na verdade a gente não tem um trabalho diferenciado com usuários de crack, a gente tem uma preocupação com o usuário de droga. Então a gente tem um trabalho voltado ao enfoque de um acolhimento desses usuários e de atender nas suas necessidades, do que ele veio buscar [...] Nosso trabalho é de estar buscando esses adolescentes e sentindo qual é a necessidade primordial dele, qual é o problema de uso de droga dele, o que isso está incomodando ele, e aí fazer um plano terapêutico individualizado. Então a gente não tem um tratamento específico ao crack, mas é um tratamento individualizado para qualquer tipo de droga que ele venha. Nossa preocupação é daí fazer reuniões técnicas com a equipe, para estar estudando isso e ver a melhor forma para que gente possa estar encaminhando. (Sujeito 11)

Pelo fato de o uso do crack acarretar maior debilidade física, mental, psicológica e social do que outras drogas, além da necessidade de internamento para desintoxicação na maioria das vezes, o atendimento ambulatorial também diferencia-se:

[...] não existe uma diferença no trabalho, mas uma observação melhor porque ele fica mais debilitado. Ele tem tremores para exercer as atividades. Então o que a gente pede: para que cada atendimento observe essas deficiências dele. [...] O olhar eu acho que ele tem que ser diferente um pouco. [...] Então o olhar eu acho que ele tem que ser um pouquinho diferente: o usuário de crack está um pouco mais comprometido do que aquele usuário de álcool crônico. Ele tem dificuldade na concentração, nas habilidades... como é que a gente fala...motora fina, concentração, equilíbrio. Então essas coisas do olhar é que tem que ser diferentes. (Sujeito 5)

Observou-se nessa fala que ocorre uma diferenciação no tratamento de usuários de crack na indicação de oficinas terapêuticas, devido a sequelas que o uso desta droga acarreta: maior dificuldade na concentração, equilíbrio, coordenação motora, comportamento agressivo. O tratamento deve adequar-se a esses limites e possibilidades.

**O tratamento ambulatorial deve ocorrer de forma mais intensiva para usuários de crack**, como apontado por um dos profissionais entrevistados:

Dificuldade de adesão ao tratamento devido ao alto grau de dependência causado pela droga. Nesse caso, o atendimento é

realizado de forma individual e em grupo de forma intensiva. (Sujeito 3)

Verificou-se que no caso de usuários de crack, o atendimento ambulatorial indicado ocorre de modo mais intensivo e frequente a fim de tentar envolver o usuário no tratamento. Ribeiro e Perrenoud (2010) apontam a necessidade do tratamento ambulatorial, em um primeiro momento, ser mais intensivo e envolver mais profissionais e serviços, e gradualmente tornar-se mais esporádico conforme o usuário for recuperando sua autonomia e ampliando suas redes de apoio social.

A dificuldade de manutenção de usuários de crack em tratamento ambulatorial ocorre também pela dificuldade de continuidade da abstinência:

Geralmente o usuário de crack não consegue se manter em atendimento ambulatorial. Temos que encaminhar primeiro para internamento e depois retornar. Porém, poucos retornam, pois logo tem recaída. (Sujeito 2)

A fissura apresenta-se enquanto uma dificuldade para a adesão ao tratamento ambulatorial, o que faz com que ocorra a indicação de primeiramente encaminhar para desintoxicação e depois ambulatório. Os profissionais citam também a ocorrência de recaídas de modo mais frequente entre usuários de crack do que em outras SPAs.

Outro profissional traz a questão da necessidade de um **tratamento mais prolongado** para usuários de crack devido aos efeitos que causa:

Por ser o crack uma droga extremamente agressiva, uma vez que quem começa a fazer uso da mesma se vicia mais rapidamente, se observa que o efeito da abstinência é bem mais complexo. Por esse motivo, requer um tempo maior para se chegar à recuperação. (Sujeito 4)

Um dos profissionais colocou que acredita que deveria haver uma diferenciação no tratamento de usuários de crack, mas que isso ainda não ocorre:

Tem que ter uma diferenciação, tem que ter uma diferenciação, mas aqui isso não acontece. [...] o crack ele é tratado quase da mesma forma como é tratado a dependência da cocaína, porque a substância é a mesma na verdade, e como eles são usuários de múltiplas substâncias, não existe um tratamento específico [...] O

tratamento aqui é padronizado.[...] eu acho que [tem que ter uma diferenciação] [...] Eu vejo diferença de ação, farmacológica mesmo, a ação que a maconha causa no organismo, é diferente da ação, e o resultado e a dependência, e a questão do padrão do uso é muito diferente e as consequências para a vida do usuário são diferentes. Diferente pegar uma pessoa que é usuária de maconha, o padrão de vida dele é bem mais próximo do normal entre aspas do que um usuário de crack. Então eu acho que as drogas são diferentes, então elas tem que ter uma abordagem diferente. [...] a abordagem pode ser diferente. [abordagem] farmacológica, abordagem depois de perspectiva de vida, tudo é diferente, tudo é diferente. (Sujeito 14)

Essa diferenciação, pelo relato do profissional, deveria ocorrer principalmente porque o crack desestrutura mais a vida de seu usuário, o que dificulta a promoção da abstinência, principalmente em crianças e adolescentes, que ainda não desenvolveram por completo habilidades sociais e cognitivas.

Averiguou-se também que alguns profissionais relatam dúvidas em como tratar deste público e que está se em busca de alternativas de tratamento para este público:

[...] a gente ainda tem dúvida de como lidar com essa problemática. A gente percebe que isso é uma preocupação até a nível nacional, estão buscando experiências internacionais para estar buscando a melhor forma de tratamento. Mas o que se sabe é que é preciso juntar muitas forças de outros setores, de outros profissionais, e é um conjunto de profissionais mesmo que precisam estar se preparando para dar conta dessa demanda. Ela está aí, posta, e não tem mais como esperar para amanhã, tem que ser com muita urgência. O governo federal lançou algumas portarias, editais no final do ano passado possibilitando novos projetos de implantação de serviços para o enfrentamento do crack no Brasil, porém com recursos insuficientes para atender a demanda. (Sujeito 12)

Apesar de considerar as peculiaridades do crack, a ênfase dos profissionais entrevistados em sua maioria, bem como o foco do tratamento, é primeiramente o indivíduo:

Na minha visão, na minha opinião, é o indivíduo sempre. Primeiro você vê o comprometimento que ele tem, a seriedade, o que ele vislumbra lá na frente. Porque tem vezes que eles querem parar, mas eles não dão conta da ansiedade e da fissura. Então eles precisam do medicamento para dar suporte para eles conseguirem parar. E tem adolescentes que eles não conseguem fazer isso e que precisa de um internamento primeiro, de uma desintoxicação, de um medicamento para dar suporte para daí eles iniciarem esse tratamento. E a gente tem também aquele adolescente, aquela

criança e adolescente ele vem e diz “eu vou parar” e ele consegue parar, sem a medicação, só com o tratamento psicológico vamos dizer assim, só com a psicoterapia. Ele consegue parar com o uso da droga. Então eu vejo que tem que ter sempre primeiro o indivíduo, sempre e cada caso um direcionamento. Não tem como ter um padrão, é muito difícil a gente manter um protocolo assim rígido, fechado para encaminhar. Porque o usuário é diferente: ele é um indivíduo. Embora a droga é a mesma, mas cada um responde de um jeito, na sua dependência, no seu uso, na sua quantidade. (Sujeito 5)

Verificou-se que 66,6% dos profissionais consideram que o tratamento de usuários de crack não deve diferenciar-se das demais SPAs. Porém, o fato de apresentarem-se diversas especificidades em relação ao uso de crack e seu usuário aponta para a necessidade de adequar-se o tratamento a esta substância.

Considera-se que o crack não pode ser tratado da mesma forma que a cocaína, por exemplo, apesar de constituir-se em sua base desta mesma substância, pois a compulsão causada pelo crack, a debilidade que ele traz, urgem ações diferenciadas das demais substâncias. Por esse motivo, questionou-se os profissionais sobre as estratégias de enfrentamento e tratamento de usuários de crack, que serão apresentadas no item a seguir.

### 3.3.3 As Estratégias Construídas pelas Equipes Multiprofissionais e as Iniciativas Resolutivas no Enfrentamento do Crack

O objetivo principal desta pesquisa era o de verificar as estratégias desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais no enfrentamento do crack. Assim, questionou-se os profissionais sobre as estratégias desenvolvidas pelos mesmos no tratamento de usuários de crack e destas estratégias, o que tem apresentado melhores resultados. Além das estratégias que serão apresentadas a seguir, devem ser consideradas as já apresentadas quanto à faixa etária e à prática realizada pelos profissionais.

As estratégias serão apresentadas em três grandes eixos, seguindo-se a divisão proposta por Pechansky (2008) nos fatores de risco e de proteção apresentados no primeiro capítulo. Assim, as propostas serão demonstradas com relação à questão familiar, individual e ao meio (social). Serão apresentadas as

iniciativas apontadas pelos profissionais como mais efetivas, na ordem de ocorrência nos discursos analisados.

### 3.3.3.1 Estratégias com relação à família

A estratégia mais citada pelos profissionais (73%) para enfrentamento do crack e que tem demonstrado resultados positivos com relação a esta SPA é quando ocorre o **acompanhamento da família à criança e ao adolescente no tratamento**, quando ela se envolve com o tratamento e também busca tratamento para si:

Os casos de sucesso que a gente tem é sempre com envolvimento familiar. Mas isso não acontece sempre, né?(Sujeito 1)

O que a gente percebe é assim, é que uma vez que a família se propõe a trabalhar com a gente, é muito mais efetivo, a gente percebe que o resultado ele é bem melhor. (Sujeito 9)

Outro profissional verificou que quanto maior o contato da criança e do adolescente com a família, melhores resultados são apresentados:

O que no começo a gente usava era deixar quando eles cometiam uma infração [...] a gente privava do contato com a família. Então nós vimos que não dá, que quanto mais o contato com a família ele tem, melhor resultado que nós temos no tratamento, nós mudamos essa prática. (Sujeito 1)

O acompanhamento pelos familiares da criança e do adolescente ao tratamento auxilia também na adesão dos mesmos ao tratamento:

[...] essa é uma das estratégias que a gente tem percebido: quando é usuário de crack crônico, a gente pede para família acompanhar, não deixar ele vir sozinho para o tratamento, porque senão ele não vem, se perde no meio do caminho. (Sujeito 2)

Os profissionais relatam que uma das dificuldades para a adesão dos usuários é que, no caminho para o atendimento, encontram amigos e acabam deixando de ir ao serviço. Com as famílias acompanhando, as chances de eles realmente irem ao tratamento são maiores. Cita-se ainda, a importância dessa

**família também passar por atendimento para tratamento de dependências e co-dependências**, estratégia de tratamento citada por 20% dos profissionais entrevistados:

A família, para mim, é um ponto crucial [...] a gente já teve casos que o adolescente parou de usar, a família não mudou o comportamento e ela ficava assim, desesperada. Era uma coisa assim para o adolescente justificar continuar usando droga “A minha família não acredita em mim, minha mãe fica me cheirando, minha mãe fica querendo saber se eu usei droga, perguntado da droga o tempo todo”. [...] Aí se a família vem junto, ela também muda algumas situações do comportamento dela que facilitam o adolescente a pensar em parar de usar droga. E se não tiver a mudança dos dois lados, o adolescente não percebe a necessidade de parar de usar droga.

As famílias dos usuários de crack também precisam ser tratadas, pois pelo relato de profissionais, famílias de usuários de crack também tem dificuldade de aderir ao tratamento:

E tem outros casos, assim, que o adolescente não vem, quando eles começam a usar compulsivamente o crack, a família não consegue trazer ele, mas a gente sempre fala que mesmo que o adolescente não venha, a família venha para o atendimento. Mas as famílias de usuários de crack também não vêm [...].(Sujeito 2)

Em certos casos, a própria organização familiar contribuiu para a ocorrência e manutenção da dependência química, devendo seus membros também ser tratados para que essa situação seja modificada.

Os profissionais relatam uma estratégia interessante para o enfrentamento da dependência química e da recaída: **tratar a família, independente da adesão da criança e do adolescente** a fim de realizar enfrentamento na questão da co-dependência, possibilitando maiores chances de que esse usuário veja a importância do tratamento e consinta com o mesmo. Apontam também como estratégia para a recaída no uso de crack o trabalho com as famílias no sentido de fortalecê-las, capacitá-las para lidar com o usuário:

[...] a gente tem que habilitar, tem que habilitar mesmo, habilitar a família a fazer com que ele vislumbre novos amigos, que é o que a gente procura fazer com ele aqui, busque esse prazer da droga em outras coisas mais saudáveis.(Sujeito 5)

O tratamento da família é de extrema relevância para que mesmo que a criança e/ou o adolescente não queiram tratar, comece uma mudança na estrutura familiar, o que poderá influenciar os usuários a buscarem tratamento.

Scivoletto e Andrade (1999, p. 146) reforçam a importância do tratamento da família:

A avaliação da família e do contexto social do adolescente é obrigatória, uma vez que são fatores importantes no início e na manutenção do uso de SPA. [...] Deve-se, portanto, investigar se há outros casos de drogadição na família, assim como antecedentes familiares de criminalidade relacionada ao uso/abuso de drogas e abusos sexuais. A forma como a família enfrenta ou enfrentou tais situações também é importante ser conhecida, pois irá embasar o trabalho familiar a ser desenvolvido.

O **resgate de vínculos** é apontado por 40% dos profissionais enquanto estratégia de enfrentamento ao crack, principalmente os vínculos familiares:

[...] A gente tenta descobrir quem são as pessoas que poderiam estar ajudando a gente a trazer esse adolescente de volta, que seja uma tia, ou um padrinho, não sei quem são essas pessoas. [...] Então a gente tenta procurar o dia-a-dia desse adolescente, quais são os vínculos que ele tem. (Sujeito 11)

[...] o fator que a gente tem procurado mais é habilitar a família e o adolescente para que ele possa ter um lugar ou que ele tenha um namorado, ou uma namorada que não é usuário, então referenciar esse indivíduo. (Sujeito 5)

[...] os relatos de experiência me apontam para relacionamento afetivo “ah comecei a namorar uma menina” por exemplo, “e sai dessa vida” que eles falam “arrumei um emprego” “ah mudou de bairro mudou de cidade daí quebrou o vínculo com a turma de amigos, se bem que turmas de amigos se a pessoa quiser ela encontra em qualquer lugar mas isso é um fator importante acho que são um série de combinações, uma serie de combinações”. (Sujeito 14)

A dependência química fragiliza muitas vezes vínculos familiares e em outras, esses vínculos já estão fragilizados. É preciso realizar um resgate ou mesmo construir vínculos afetivos, seja com pessoas da família ou da comunidade, seja com os profissionais dos serviços de saúde.

A questão do **profissional conseguir fazer um vínculo** com o adolescente mostra-se de extrema relevância para sucesso do tratamento. Ribeiro e Laranjeira (2010) apontam para a importância de haver um profissional de referência ao qual o usuário se remeta e tenha confiança.

[...] Então primeiro passo eu tenho que adquirir a confiança dele, ele vem aqui, eu converso com ele, a gente fala de música, de futebol, do que eles gostam, eu busco assim resgatar nele algumas alegrias porque eles chegam aqui só tristeza. Então eu busco algumas alegrias para que eles possam ter alguma motivação. E aí quando eu descubro alguma coisa que eles gostam aí eu começo a trabalhar em cima disso. (Sujeito 1)

Ribeiro e Laranjeira (2010) apontam que o profissional de referência pode ser de qualquer área de formação, cujo papel seria de ter o maior contato com o paciente dentre os demais na equipe. Focchi et al. (1999) aponta a importância de esta pessoa de referência estabelecer com o usuário uma aliança, um contrato terapêutico, que constitui o plano básico de tratamento que deve ser discutido com o dependente químico.

Além disso, facilitar a construção de vínculos com outras instituições, como escola, igreja, NA e AA, vínculos saudáveis, pode contribuir para a substituição do vínculo à droga.

[...] penso que teria que exatamente a gente tentar resgatar esses vínculos, fazer uma vinculação que possa ser um centro de saúde, no CAPS, que ele possa fazer vínculo com alguém lá dentro. Que possa tentar estimular, resgatar o vínculo com a escola, com o conhecimento, um trabalho que eles gostem. (Sujeito 8)

O estabelecimento de uma aliança terapêutica é de extrema importância. Essa reconstrução de vínculos na vida desta criança e adolescente pode começar com o serviço que o está atendendo. Verifica-se na fala acima esse estabelecimento de confiança e também a busca de motivação para que o adolescente se envolva no tratamento, estratégia para sua adesão.

Uma das diferenças apontadas pelos profissionais entre crianças e adolescentes é que as crianças encontram-se mais vinculadas à família, ao passo que os adolescentes o fazem ao grupo:

[...] o adolescente ele tem uma característica própria do adolescente. [...] a família já é afastada, os amigos é que são o grupo mais forte que ele tem naquele momento; eles já são mais voltados para dentro, escutam música, se fecham. (Sujeito 11)

Considerando essas diferenças, uma estratégia que poderia ser traçada a partir dessa diferença de referência entre crianças e adolescentes é envolver a família em ambos os tratamentos, mas com adolescentes tentar envolver os amigos no tratamento e trabalhar essa questão das amizades com eles.

Para que se consiga a adesão da família ao tratamento, os profissionais apontaram a importância de **flexibilizar horários** de atendimento devido ao trabalho dos pais. A adesão da família, e não somente do adolescente, tem se apresentado enquanto um desafio para os serviços que trabalham com usuários de crack. Porém, faz-se necessário oferecer horários de atendimento alternativos, fora do horário comercial, para que aqueles familiares que trabalham possam estar participando do tratamento. A não adesão não ocorre somente pela falta de motivação da família, mas por estruturas de atendimentos muitas vezes rígidas e limitadas:

[...] difícil ela vim para o atendimento psicológico, nas reuniões, porque daí ela fala “ah não, tem que trabalhar, ah não...”, sempre tem uma justificativa. Não que isso não seja um problema, acho que o serviço tem que cuidar, não queremos que a pessoa não venha a ser prejudicada no trabalho. Procuramos arrumar horário, se não pode vir na atividade de grupo, qual horário que pode vir para gente conversar, orientar. (Sujeito 2)

Percebe-se que, sobremaneira, os serviços entrevistados procuram flexibilizar e facilitar o atendimento de familiares, oferecendo horários alternativos de atendimento. Porém, considera-se necessário que esses horários sejam ampliados para período noturno ou nos finais de semana. Essa ampliação implica na contratação de mais profissionais ou na ampliação da carga horária destes em cada serviço, pois como verificou-se no perfil dos profissionais, vários trabalham em mais de um local e possuem carga horária reduzida no serviço.

### 3.3.3.2 Estratégias com relação ao meio

Os profissionais (20%) apontam enquanto estratégia resolutive o **trabalho em rede de forma intersetorial**, não apenas entre os serviços de saúde, mas também com as políticas de educação, assistência social, cultura, dentre outras:

Na verdade o que a gente tem lido, tem percebido, que para oferecer tratamento aos usuários de crack e outras drogas, não tem como não procurar o apoio da rede, do trabalho intersetorial. Então, não é só a saúde que vai dar conta disso, isso a gente tem muito claro. Porque esse usuário perpassa por outras políticas. Assim, é necessário que a gente faça um trabalho de rede, que a gente procure os outros setores, as outras secretarias para estar discutindo esses casos e para que cada um se perceba dentro desse processo, nesse conjunto de ações. Porque a saúde vai oferecer, na verdade, o tratamento, mas não é só uma questão de saúde, tem muito a ver com questões sociais. O usuário precisa também desse apoio, dessa acolhida, desse cuidado nas questões sociais. (Sujeito 12)

O tratamento dos usuários de crack é de responsabilidade primeira da política de saúde, mas não de forma exclusiva. O Plano Integrado de Combate ao Crack foi firmado em 2010 entre diferentes políticas, considerando justamente de que se trata não só de um problema de saúde, mas de um problema multicausal.

[...] Porque é um conjunto, não é só um trabalho unilateral. [...] se depois daqui não tiver um complemento dessa rede, da escola aceitando esse adolescente, não tendo esse preconceito; se não tiver o trabalho do CRAS dando suporte para essa família; a questão deles muito do emprego, que isso é muito claro, a família cobra do adolescente uma renda, que ele já está indo para os 18 anos e ele tem que ir trabalhar. O adolescente também quer ter suas coisas, quer comprar suas coisas, então como eles largam a escola muito cedo, eles não tem nível de escolaridade, não conseguem emprego. Isso é uma coisa que pesa muito para eles. Se eu não tiver todo esse contexto de apoio, é muito difícil, não a questão do crack, a questão da dependência química mesmo. (Sujeito 11)

O enfrentamento da dependência química, não somente de crack, deve ser efetuado pelas diversas políticas. Observou-se pelas falas dos profissionais que a **inserção do adolescente em programas e projetos**, estratégia citada por 13% dos profissionais, como na escola, no trabalho para geração de renda, na participação de cursos e programas pode auxiliar o adolescente a manter-se

abstinente. A questão do trabalho pesa principalmente nos casos em que o adolescente estava envolvido com o tráfico de drogas e já tinha uma renda ou quando ele está se aproximando dos 18 anos de idade: sem uma outra opção, muitos acabam voltando para o tráfico e se colocando em situações de risco, voltando muitas vezes ao uso. A **inserção em atividades que gerem renda** pode ser uma estratégia para combate ao envolvimento desta criança e adolescente no tráfico de drogas:

[...] a gente faz oficinas de chinelo, bordar chinelo. Então quando o adolescente gosta de bordar o chinelo a gente dá o primeiro material, o primeiro par de chinelo, ele leva, tenta oferecer para alguém para vender. Aí a gente já oferece o próximo, as missangas ele compra com o primeiro chinelo que ele vendeu, ele compra o par de chinelo, traz e borda dentro aqui do serviço, leva o próximo, e a gente vai tentando ensinar ele para ele ter um ganho pessoal. (Sujeito 10)

Este profissional aponta para a estratégia das oficinas enquanto forma de proporcionar um ganho financeiro para este adolescente. O Ministério da Saúde (2004) refere que as oficinas oferecidas no tratamento da dependência química podem ter diferentes conotações, dentre elas, a intenção de gerar renda e de servir como espaço para aprendizado de atividades que gerem renda.

A inserção do adolescente em programas e serviços pode auxiliá-lo também a lidar com o preconceito que existe em relação ao uso de drogas, o que faz, muitas vezes, com que esse adolescente seja isolado, dificultando sua abstinência bem como seu tratamento:

[...] muitas vezes quando o adolescente começa a usar a droga, ele se torna discriminado, tanto das pessoas que estão ao seu redor que não fazem uso, quanto ele mesmo. Então ele se afasta de tudo, ele se afasta da escola, ele se afasta das atividades de lazer. Então é uma alternativa, inserir esse adolescente [...]. (Sujeito 13)

A sociedade é contraditória em suas ações muitas vezes: não quer o “incômodo” de ter um dependente químico, mas quando este manifesta o desejo de se tratar, não oferece condições para tal: escola, mercado de trabalho e até a própria família muitas vezes se fecham para este público. O retorno aos velhos hábitos acaba, na maioria das vezes, sendo a alternativa. Os serviços das diferentes

políticas precisam estar preparados para receberem e atenderem a crianças e adolescentes dependentes químicos.

Os profissionais citaram (26,6%) enquanto estratégia resolutive em relação ao crack a **prevenção**. O ideal, segundo os profissionais, seria oferecer ações culturais, de esporte e outras oportunidades para que a criança e o adolescente não fizessem uso deste ou, pelo menos, não se tornassem usuários crônicos:

[...] como o crack ele gera essa dependência, tanto física quanto psicológica, eu acho que precisa se investir muito em prevenção, precisa se investir muito em orientação com relação à família. [...] Eu acho que o nó aí está na questão de você prevenir. Prevenir para que o adolescente não se torne um dependente crônico. Depois que acontece isso, acho que é bem mais difícil de ter essa reabilitação, de acontecer esse tratamento de forma eficaz. (Sujeito 13)

Eu acredito que a prevenção seria a solução. Porque não adianta a gente querer pegar quando o problema já está instalado e querer retirá-lo. Só que até se chegar nessa prevenção não depende de nós, né? Isso aí é o nosso sistema de governo que tem que investir nisso. (Sujeito 1)

Como já foi visto no capítulo 1, a dependência química ocorre gradualmente, com a tendência de o uso tornar-se cada vez mais crônico, principalmente no caso do crack. Faz-se necessário, portanto, tentar identificar o uso de qualquer substância o mais precocemente possível, para que o uso não se torne crônico, o que torna o tratamento mais complexo devido às consequências físicas, psicológicas e até mesmo legais que o indivíduo tende a obter com o uso de drogas.

Uma das estratégias de prevenção citadas foi o **envolvimento maior da escola**, trabalhando sobre essas questões referentes à droga:

[...] trabalhar com o adolescente perto dele, onde ele está, junto com as dificuldades. Uma das estratégias é a escola, pensar em alguma atividade para trabalhar essa questão da droga dentro da escola. A família também precisa de uma rede de apoio para lidar melhor com essa situação. E trabalho de prevenção, o mais importante de tudo é prevenir, depois que o adolescente começa a usar é bem difícil você conseguir abarcar todo esse contexto que envolve o adolescente. (Sujeito 13)

A escola é uma das primeiras instituições, além da família, onde é possível realizar um trabalho de informação e prevenção com relação às drogas e

de perceber-se o uso de SPAs nos alunos, realizando intervenção e encaminhamentos precoces, o que ocorre de forma muito tênue ainda em Cascavel. Projetos de contra-turno escolar são citados também como uma forma de prevenção ao uso de drogas.

Verifica-se que a prevenção, prevista na Política Nacional sobre Drogas, e defendida enquanto estratégia de combate ao crack, sendo preciso, ainda, ampliá-la. De acordo com Kandel (1978 apud SCIVOLETTO; ANDRADE, 1999, p.146)

[...] a importância da prevenção reside justamente em evitar e, quando isto não for possível, retardar o início do uso de drogas. Quanto mais tarde se dá o início do uso de drogas, menores chances o indivíduo tem de se tornar um usuário regular.

Quando a prevenção não ocorre, uma estratégia citada pelos profissionais é o **diagnóstico precoce**:

[...] a primeira coisa que eu acho é que a família deveria procurar o atendimento mais rápido. [...] a gente tem alguns casos aqui que a gente diz "só por Deus!" Porque eles já estão muito comprometidos. Mas acho que falta a [...] família tentar buscar ajuda mais cedo. (Sujeito 2)

Quanto mais a criança e o adolescente se envolvem com o uso de crack e também com outras SPAs, mais difícil é o tratamento. Pelo fato da dependência no crack ocorrer de forma rápida, assim como a degradação de seu usuário, a importância do diagnóstico precoce intensifica-se, pois além da dependência, o uso de crack acarreta diversos problemas clínicos e, sobretudo, degradação física e mental.

Para realizar esse diagnóstico precoce, além do envolvimento da família, é importante o auxílio da rede em trabalhar essas famílias, capacitando-as para identificar situações de risco, pois em muitos casos, verifica-se a falta de conhecimento das famílias sobre as drogas e seus efeitos. Estas, ainda, têm dificuldade em realizar este diagnóstico. É importante o fato de a rede de atendimento básico (Unidade Básica de Saúde, Centro de Referência de Assistência Social- CRAS) pode auxiliar na verificação e monitoramento de famílias em situação

de risco, encaminhando, de forma preventiva, crianças e adolescentes para acompanhamento.

Apesar de a maior parte dos profissionais apontar que o tratamento em relação ao crack não difere de outras SPAs, 40% aponta que na maioria dos casos de usuários de crack, há a necessidade de **internamento de desintoxicação** antes do tratamento ambulatorial, pois a maior parte desses usuários procuram os serviços muito debilitados e em uso crônicos desta SPA:

[...] se é no início, ou só algumas vezes, não usou tantas vezes, a gente tenta mais um tratamento, e dependendo do apoio familiar, aí mais um tratamento ambulatorial, a gente passa a medicação para isso. Mas dependendo do caso a pessoa já vem, digamos, já saiu de casa, está vivendo na rua, faz algum tempo que está usando crack, aí já é internamento a primeira opção mesmo. (Sujeito 6)

Vários profissionais consideraram que no caso do tratamento de usuários de crack, primeiro deveria ocorrer um internamento para desintoxicação e depois o encaminhamento para comunidade terapêutica ou serviço ambulatorial, dependendo do comprometimento deste adolescente:

[...] deveria começar mesmo pela desintoxicação e depois dar continuidade ao tratamento. [...] na minha opinião, tem que começar mesmo por essa questão da desintoxicação e aliado a isso trabalhar a questão da continuidade do tratamento da ala clínica que é bem importante. Depois que sair dessa primeira etapa, aí investir nessa questão da psicoterapia, da motivação para continuar o tratamento, dos motivos que levaram, a questão da família, da escola, inserir esse adolescente na escola, no mercado de trabalho, mas depois que passar dessa primeira etapa. (Sujeito 13)

Dos profissionais entrevistados, 46% consideram a desintoxicação enquanto primeiro estágio no tratamento de crianças e adolescentes usuários de crack, e após a desintoxicação, a continuação do tratamento deve ocorrer também em outros locais. Outro sujeito aponta que o encaminhamento após a desintoxicação varia de acordo com os serviços oferecidos no local de origem dos pacientes e do apoio familiar. Aponta, ainda, que no caso de usuários de crack, o **acompanhamento ambulatorial deveria ser intenso**, contando com o apoio da família:

[...] eu acho assim: desintoxicação e depois eu acredito que tem assim uma bifurcação: alguns pacientes ser encaminhados para CAPS e outros para comunidade terapêutica. [...] eu acredito que varia muito de paciente para paciente. O que eu percebo assim muito da história familiar também. Porque tem pacientes que querem realmente, falam que querem, que a gente percebe que tem uma motivação, tem uma família mais estruturada, que é mais presente, então eu acredito que ele pode sim ficar em CAPS. Vai para CAPS cinco vezes por semana, que tem um atendimento, que tem a equipe lá que atenda. Aí vai depender do CAPS, como é o serviço que eles desempenham. Que possa estar indo para escola ou para algum curso técnico. Então eu acredito que tem pacientes que a gente pode fazer uma tentativa sim. A questão é que nada nos garante que eles permaneçam na comunidade terapêutica ou no CAPS, infelizmente. (Sujeito 8)

Os profissionais, de modo geral, enfatizaram a necessidade de retirada do meio para um tratamento efetivo do usuário de crack. O internamento, seja em hospital geral ou psiquiátrico, seja em comunidade terapêutica, é citado como forma de tirar a criança e adolescente do meio em que este vive, das influências ambientais de uso que ele possui, para então conseguir trabalhá-lo efetivamente:

Eu acho que o principal é tirar do convívio. [...] Você precisa tirar ele do meio. Porque o crack, os relatos que a gente tem deles, eles não conseguem sozinhos [...] Há essa necessidade de tirar do convívio, de tirar do ambiente, de tirar do local, de tirar das amizades. Então eu acho que esse é o passo fundamental, e a família apoiar. (Sujeito 1)

Scivoletto e Andrade (1999) relatam que os adolescentes, de modo especial, estão mais suscetíveis a influências externas, principalmente do grupo de amigos. Observou-se que entre os usuários de todas as substâncias psicoativas internados no HUOP, a tendência é de terem convívio com pessoas também usuárias, o que dificulta a promoção da abstinência. Talvez a retirada do convívio social e comunitário por um período de tempo possa auxiliar o adolescente a refletir sobre as consequências do uso e de seus modos de vida. Por isso, o internamento constitui-se em uma das estratégias possíveis: não deve se limitar a este tipo de intervenção. Faz-se necessário também e principalmente o acompanhamento da criança e do adolescente após esse internamento.

De acordo com Mello et al. (1999), as taxas de recaída entre os dependentes de cocaína se mantêm altas e no crack, pela experiência de trabalho,

mais ainda. A preocupação que se tem é que essas recaídas debilitam cada vez mais essa criança e adolescente dependente de crack e colocam sua vida em risco, principalmente pela exposição a situações de risco. Por esses motivos, uma das estratégias citadas pelos profissionais foram os **internamentos mais longos** para usuários crônicos:

[...] o que a gente tem visto em alguns casos, quando é muitos retornos, pedimos os internamentos mais a longo prazo, não só para desintoxicação [...] é melhor ele ir para uma comunidade terapêutica ou para um outro hospital, para ficar mais tempo, para ver se ele consegue sair um pouco desse meio. (Sujeito 2)

Desde a reforma psiquiátrica, os internamentos preconizados são de curta duração, para desintoxicação<sup>50</sup>. Eles têm ocorrido de 15 a 45 dias em hospitais fechados e de 6 a 9 meses em comunidades terapêuticas pelo que se tem conhecimento. As comunidades terapêuticas pelas suas próprias características são abertas e não obrigam os adolescentes a permanecerem<sup>51</sup>. Pelos relatos dos serviços e na experiência de trabalho, verifica-se que a permanência e adesão de crianças e adolescentes usuárias de crack a comunidades terapêuticas e ao tratamento ambulatorial é um desafio:

[...] eles não conseguem ficar em comunidade terapêutica, muitos não conseguem ficar no CAPS fazendo acompanhamento, vão para a rua, acabam recaindo de novo, acabam muitas vezes nem ficando em casa, eles nem chegam, tem uns que nem chegam em casa. (Sujeito 8)

Pela dificuldade de adesão ao tratamento ambulatorial e pela debilidade causada pelo crack, alguns profissionais acreditam que seria necessário haver um **serviço fechado para internamentos mais prolongados** para usuários crônicos de crack:

---

<sup>50</sup> Para mais detalhes ver Portaria GM/MS nº 1.612, de 09 de setembro de 2005 (Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/1633-1612.html?q=>>) e Portaria nº 2.842, de 20 de setembro de 2010 que tratam sobre os serviços hospitalares de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas (Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/105512-2842.html>>)

<sup>51</sup> Para mais detalhes sobre as normas de funcionamento para comunidades terapêuticas ver Resolução - RDC nº 101, de 30 de maio de 2001. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101\\_01rdc.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm)>

[...] esse tratamento não tem sido efetivo. Acho que tem que diferenciar adolescentes que fazem uso crônico da droga. Muitas vezes esse adolescente precisa de um tempo a mais de internamento, só aqueles 30 dias de desintoxicação ou menos não basta. Então os adolescentes que já reincidiram, que fazem uso crônico, tem que pensar nessa possibilidade de ter um serviço em que esse adolescente possa ficar internado por mais tempo para tratamento antes de ser encaminhado para um tratamento aberto como o CAPS. Acho que talvez falte essa estrutura para dar esse atendimento a esse adolescente que faz uso crônico. [...] Então teria que pensar numa estrutura que realmente desse condições, porque assim, a maioria dos adolescentes que a gente atende já usam há muito tempo, é o uso crônico mesmo. Talvez falte aí um serviço que contemple um atendimento por mais tempo de internamento, e durante esse período que vai de 8 meses a um ano, ele tivesse outras atividades desse serviço, que não existe. (Sujeito 13)

Uma questão a ser refletida é sobre o internamento de crianças e adolescentes. Após a Reforma Psiquiátrica, não há mais a prerrogativa de internamentos prolongados e nem há serviços que ofereçam tratamentos mais longos. Mas a estratégia em alguns casos tem sido de realizar internamentos consecutivos a fim de afastar essa criança e adolescente de seu meio, como uma tentativa de preservar sua vida. Considerando a vida enquanto direito primário e fundamental de crianças e adolescentes, reflete-se que a estratégia de haver serviços para internamentos mais prolongados, como relatado nas falas acima, pode ser válida em alguns casos. Porém, sabe-se que somente o internamento não é sinônimo de sucesso no tratamento:

[...] o internamento não é garantia de que ele vai parar de usar. Não, não vejo o internamento como uma coisa definitiva, que ele vai internar só uma vez depois não vai precisar ou de que depois disso não vai mais usar. Normalmente depois do primeiro vai uma sequencia de dois três internamentos [...] e recaídas também. (Sujeito 6)

Não se está sugerindo que o internamento seja a solução, mas levanta-se a necessidade de discutir sobre a disponibilização de serviços que ofereçam atendimento a essa demanda de internamentos mais prolongados para casos crônicos, pois nesses casos, o atendimento ambulatorial tem alcançado efetividade limitada.

Alguns profissionais citaram enquanto estratégia a **desintoxicação e volta progressiva a convivência familiar e comunitária**. Alguns profissionais

consideram que além da necessidade de afastar o usuário de seu meio através do internamento, a volta deveria ocorrer de forma progressiva, capacitando a criança e o adolescente e suas famílias a retomarem ou a construírem laços e estratégias de enfrentamento aos fatores de risco:

[...] eu acho que o legal seria ele fazer essa desintoxicação, aí ele ir para um lugar onde ele ficasse isolado por um tempo, eu gosto do modelo da comunidade terapêutica. Então ou vai para uma comunidade terapêutica, ou vai para uma clínica para recuperação, mas ele precisa ser retirado do meio que ele está. [...] Então a comunidade terapêutica favorece isso por quê: É uma aproximação progressiva. Mas são poucos os que a gente consegue desenvolver esse trabalho. Quer dizer, foram poucos até aqui. Eu acho que de todos os que passaram eu tenho uns 7 ou 8 que conseguiram fechar o ciclo. Porque eles não se permitem. Mas já são 7 ou 8. Nós temos o caso de um menino aqui de Santa Tereza que ele dá aula para um grupo de dependentes aqui em Santa Tereza, dá aula ensinando essas dobraduras e era usuário de crack crônico. E saiu, e trabalha e está tudo bem, a gente tem notícias dele [...] a gente se fortalece nisso. Porque não é muito fácil não. As derrotas são muitas. (Sujeito 1)

Kalina (1987, p. 73) reforça esse entendimento de retorno progressivo ao meio. Para ele, o tratamento deveria ocorrer em dois momentos: primeiramente, a desintoxicação e em segundo plano, uma etapa considerada por ele mais longa pois

[...] aborda em profundidade a personalidade do denominado paciente. Neste caso, alguns enfermos podem chegar a uma cura ambulatorial depois de certo tempo, sempre que as condições externas sejam muito favoráveis, ao passo que a maioria precisará de terapêuticas mais elaboradas, psicoterapia individual e participação nas técnicas grupais oferecidas na comunidade terapêutica, no hospital-dia, etc . Seja qual for o caso, o ponto-chave é não voltar a submeter o paciente ao seu ambiente anterior de forma prematura. A definição de “prematura” dependerá em cada caso do grau de enfermidade.

O internamento não é necessário em todos os casos, mas para que ocorra de forma ambulatorial, de acordo com Kalina (1987), é preciso que as condições externas, entendendo-se aqui adesão da família, inserção em programas e projetos sociais e oferta de tratamento, tanto para o usuário quanto para a família, sejam favoráveis. A aproximação gradual do usuário ao meio pode auxiliar, além do

preparo deste para sua reinserção social, o preparo da família e do meio para recebê-lo.

Outra estratégia utilizada por alguns profissionais é a **simulação de situações de risco** e o preparo do adolescente para a volta ao seu lugar de convivência e para o enfrentamento de situações de risco:

[...] eu trabalho também a questão dos amigos, para ele fazer as escolhas certas também na questão das amizades. Para ele começar a identificar “Pô, aquele teu amigo é usuário. Como é que você vai fazer quando ele chegar para falar com você? A gente treina aqui: e se ele chegar para você “E aí, cara vamos dá uma bola e tal”, o que você vai responder para ele? Você não pode ofender, você não pode afastar ele com palavras duras, você tem que saber sair pela tangente. [...] Então aí você consegue trabalhar com ele, mas tudo isso demanda tempo. Porque se você larga ele sem essa preparação, o adolescente não sabe o que fazer, ele se perde. Então ele não sabe como retroceder. Então, assim, é um trabalho demorado e que você tem que olhar todas as áreas, buscar as alternativas existentes.” (Sujeito 1)

Durante o internamento, tanto em comunidade terapêutica quanto em hospital, a criança e o adolescente encontram-se em um contexto protegido das influências externas, no qual é possível auxiliar o usuário a elencar os fatores de risco pertinentes a sua pessoa e juntamente com ele, elaborar estratégias de enfrentamento.

Apesar de ser considerada uma estratégia relevante para o tratamento de usuários de crack, as vagas para internamentos de curta duração ainda são restritas. Duailibi e Ribeiro (2010) referem que uma das explicações para esse número reduzido de leitos é que as políticas públicas enfatizaram a criação da rede ambulatorial, que, na concepção da Reforma Psiquiátrica, iria substituir ou diminuir a necessidade de internamentos psiquiátricos. Porém, de acordo com estes autores, o que se viu foi que “[...] o apressado esvaziamento de hospitais, sem o concomitante esforço de implantação de serviços substitutivos à internação, gerou uma enorme demanda desassistida.” (DUAILIBI; RIBEIRO, 2010, p. 257). No Paraná, o HUOP é o único hospital geral, pelas fontes pesquisadas, que possui uma ala para desintoxicação de crianças e adolescentes e as vagas em hospitais psiquiátricos pelo SUS são restritas. Não se está fazendo apologia ao internamento, mas deve-se considerar seu papel e sua relevância no tratamento e considerar

estratégias para ampliar as vagas em hospitais gerais, conforme preconizado nas legislações e na política de enfrentamento ao crack.

Duailibi e Ribeiro (2010, p. 258) apontam que em certos casos, a internação não só é útil, como também necessária para manutenção da vida do paciente. Estes autores apontam como situações para as quais o internamento é indicado:

[...] intoxicação grave, abstinência grave, complicações clínicas, comorbidades psiquiátricas, insucesso de tratamentos ambulatoriais ou em ambientes de menor complexidade, risco iminente para o paciente e para outras pessoas (risco de suicídio, desvinculação social e familiar, consumo na gestação, auto e/ou heteroagressão).

Além de ampliar os serviços de atendimento para tratamento da dependência química, os profissionais apontaram também que a estratégia de **facilitar o acesso aos serviços** tem se demonstrado enquanto resolutive no atendimento a usuários de crack, auxiliando-os a não cronificar o uso de forma substancial:

[...] o que a gente conseguiu até agora é ter a porta aberta, o CAPS com porta aberta. A pessoa pode procurar o CAPS, não tem aquela coisa “vai para UBS, vem para cá”, demora. (Sujeito 2)

O CAPS ad é o único serviço da rede pesquisada com portas abertas, isto é, o usuário pode buscar diretamente atendimento, sem encaminhamentos. Já ocorreram atendimentos nos outros serviços de forma direta, mas o fluxo não é esse. Sabe-se que essa facilidade de acesso é esperada do CAPS ad, pois trata-se de sua propostas de trabalho e que os outros serviços, por estarem na atenção secundária e terciária da saúde, necessariamente contam com os encaminhamentos via fluxo. No entanto, considera-se que é preciso pensar-se em estratégias para agilizar os encaminhamentos e haver outros serviços com acesso direto, já que a dependência do crack evolui rapidamente e os usuários possuem baixa tolerância para esperar por tratamento:

[...] eu acho com o usuário de crack não dá para a gente demorar nas ações, acho que tem que ser uma coisa assim rápida mesmo. Primeiro, porque é criança e adolescente, já é uma violação de direitos. E segundo porque debilita muito rápido. (Sujeito 2)

Talvez com a implantação da Casa de Acolhimento Transitório (CAT), que tem enquanto proposta ser um serviço intermediário entre os leitos de desintoxicação hospitalar e o CAPS ad essa lacuna venha a ser preenchida, serviço este que será apresentado no final deste trabalho.

Outra estratégia citada para o tratamento de usuários de crack é **tornar os serviços atrativos**, oferecendo atividades que os adolescentes gostam e se identificam. Pelos relatos de alguns profissionais, os adolescentes parecem gostar de atividades relacionadas à música, dança, teatro:

Tentar ganhar eles através das atividades que eles gostem de fazer. Eu imagino que daqui para frente, a gente já fez alteração em algumas oficinas: eles gostam muito de música, de dança, a gente está tentando oferecer atividades que sejam mais produtivas e que sejam mais agradáveis para conseguir ter o adolescente dentro do serviço. (Sujeito 10)

Além de realizar o planejamento das oficinas terapêuticas e das atividades a partir dos interesses das crianças e adolescentes dependentes de crack, os profissionais consideraram que os serviços devem trabalhar as amizades e a **inserção em grupos de auto-ajuda e grupos religiosos** como estratégia para a mudança de relacionamentos:

Então aí você tira o adolescente, faz um tratamento com ele, se você não trabalhar com ele a questão dele voltar lá e ele saber como ele lidar com esses amigos também, porque ele tem que voltar lá e ele tem que procurar outro grupo de amigos. Então você tem que ensinar ele como fazer isso. Porque senão ele chega lá, ele vai conversar com os mesmos amigos, um dois dias, pronto, ele já está usando. Então você tem que ensinar esse adolescente a procurar novas amizades. Aí precisa todo o apoio de uma rede. Aí você tem que contar com o pessoal lá da assistência social, com a rede social que vai fazer um trabalho com esse menino, que vai colocar ele num NA ou que vai ajudar ele num grupo de igreja, entende? Aí você começa com esses contatos. Esses casos de sucesso que a gente teve foram todos assim que a família normalmente está inserida numa igreja, por isso que o lado espiritual é bacana, porque a família está inserida numa igreja, essa igreja tem um grupo de jovens, e aí pega esse menino e coloca ele em uma turma. Por que se ele ficar desenturmado, o que ele vai fazer? Ele vai procurar o bando dele. E o bando dele é usuário. Então não tem: adolescente não vive sozinho, não vive. (Sujeito 1)

Além de trabalhar-se a família, é importante trabalhar com o adolescente a questão das companhias, das amizades pela relevância que o grupo adquire nessa faixa etária. Muitos usuários acabam recaindo no uso por voltarem ao convívio do mesmo grupo de amigos usuários. Trabalhar com o adolescente a possibilidade de escolha de outras amizades, de outros meios de convivência e nesse sentido, indicar que ele e a família participem de grupos de auto-ajuda (NA, AA) ou de grupos religiosos parece auxiliar nessa mudança, pois o adolescente terá a possibilidade de mudar de companhias.

Outra estratégia apontada pelos profissionais é o **tratamento mais próximo da criança e do adolescente**. O tratamento, segundo os profissionais, deve partir da realidade da criança e do adolescente e de seus interesses.

[...] as estratégias mais efetivas são as que estão mais perto do seu contexto, para saber o que acontece, o que leva ele a fazer isso, às vezes a gente fala, mas não sabe o que está acontecendo lá com ele, perto de onde está o problema e a dinâmica desse adolescente. [...] Quando são trabalhos feitos dentro da comunidade, pessoas que trabalham com adolescentes usuários que foram para a comunidade e foi aí que houve sucesso, inserindo o adolescente em atividades na escola e ocupar ele de uma forma positiva, e vendo esse contexto principalmente, de onde ele está e de como melhorar esse contexto para que ele não tenha esse acesso fácil e não se submeta dentro dessa situação. Esse foram os relatos que tiveram efetividade com relação ao trabalho com adolescentes usuários. ( Sujeito 13)

[...] A gente tem buscado chegar muito mais próximo dele. Conhecer o que ele gosta, a realidade, o que ele faz no seu dia-a-dia para a gente estar buscando ele. [...] (Sujeito 11)

Uma forma de chegar mais próximo dos usuários de crack, além das visitas domiciliares e do trabalho em rede já relatados pelos profissionais, é a implantação do projeto de “consultórios de rua”, projeto do Governo Federal já aprovado para o município de Cascavel:

[...] existem experiências aí que a gente sabe com os consultórios de rua nos locais, que são experiências que estão dando certo e que o CAPS também está para implantar esse consultório de rua, junto ao município. Acho que quanto mais próximo você chegar naquele local, até porque se o nosso grande problema é a vinculação, a gente tem que ter estratégias de deter, de resgatar isso e depois estar encaminhando essa questão do tratamento. Senão acaba também não sendo efetivo. (Sujeito 11)

Considera-se relevante essa estratégia dos consultórios de rua para construção de vínculos, estratégia que pode ser utilizada também em outros serviços: se a criança ou o adolescente não demonstrar interesse em realizar tratamento, é interessante, então, buscar acolhê-la e oferecer outros tipos de cuidados como forma de redução de danos. Deve-se avaliar as necessidades da criança e do adolescente, tratar-se não apenas a droga, a dependência, mas questões correlatas:

[...] a gente tem uma abordagem de ver naquele momento que ele chega como é que ele está, qual é a emergência. De repente nem é a droga, de repente é uma questão física, de saúde que a gente tem que tomar uma providência mais rápida e a gente esquece a droga e vamos tentar dar um enfoque pro problema física dele e aí vamos tratar a droga, em conjunto ou num segundo momento. A gente tenta olhar para esse adolescente e ver a dificuldade que ele está passando. (Sujeito 9)

A abordagem de outras questões consideradas relevantes para a criança e o adolescente naquele momento podem servir de estratégias para chegar-se ao uso de drogas e à adesão destes ao tratamento.

Washton e Zweben (2009, p. 199) enfatizam a importância de se trabalhar o usuário a partir da condição em que ele se encontra:

[...] os modelos de planejamento do tratamento integrado são desenvolvidos em colaboração visando a encontrar os pacientes “onde eles estão”, com base nas informações reunidas durante a avaliação. Esse processo reconhece que as necessidades presentes dos pacientes e os problemas variam substancialmente de uma pessoa para a outra com relação às capacidades, a recursos disponíveis, objetivos pessoais e à motivação- prontidão para a mudança. [...] É importante que os pacientes percebam que quaisquer objetivos estabelecidos sejam realistas, graduais e atingíveis.

O tratamento de dependentes químicos de modo geral é desafiante, e de crianças e adolescentes, mais delicado ainda por estarem em desenvolvimento. Para um tratamento eficaz, uma das estratégias citadas pelos profissionais é que as **equipes de saúde com perfil e capacitadas** para o trabalho:

[...] vejo que tem que ter equipes com perfil [...] equipes comprometidas com o trabalho, gestão do município investindo nisso,

porque os profissionais precisam de muita capacitação, precisam estar estudando, precisam aprender muito a questão da abordagem. Então eu vejo que tem que ter é o município assumindo mesmo as políticas e dando condições para que essas pessoas trabalhem, para gente ter um trabalho mais efetivo. (Sujeito 11)

O trabalho com dependentes químicos é muitas vezes frustrante, como trazido pelos próprios profissionais, pois em muitos casos, não se percebe grandes evoluções. Por esse motivo, o profissional precisa ter perfil para atuar com esta problemática: precisa gostar de trabalhar com esse tema e buscar qualificação constante.

Considerou-se interessante a estratégia de um dos serviços, que realiza **reuniões semanais de estudo de caso**, sendo uma forma de capacitar a equipe para a intervenção:

Fazemos grupos de estudo, uma vez por semana, toda sexta-feira pela manhã. A gente faz grupo de estudo onde é dividido em três partes: tem a parte de informações gerais, tem a parte que a gente faz estudo mesmo, e a parte de estudo de caso. Aí a gente escolhe um adolescente cada vez, e revê com toda a equipe, toda história, oficinas, e decide um plano terapêutico, inclusive com osicineiros, com todo mundo reunido. A cada quinze dias a gente faz a revisão com o grupo todo. E aí a gente tem uma outra reunião, na quinta-feira pela manhã, que é só com a equipe técnica para estar discutindo. Então a gente tem dois momentos que a gente faz isso. (Sujeito 11)

Alves-Mazzotti (2006) define estudo de caso enquanto uma modalidade de pesquisa que pode se utilizar de diferentes metodologias. Em geral, são estudos que focalizam apenas uma unidade (indivíduo, grupo, instituição ou evento).<sup>52</sup> O estudo de caso enfoca a discussão da situação dos pacientes e de temas relevantes para a equipe. Além do preparo da equipe, o encontro entre os profissionais qualifica a intervenção ao discutir o plano terapêutico de cada usuário e revisá-lo a cada quinze dias, o que torna o tratamento dinâmico ao possibilitar mudanças no decorrer, de acordo com as respostas recebidas.

Um aspecto muito interessante citado por um dos profissionais é o cuidado com a forma de expressar-se no tratamento de crianças e adolescentes, utilizando-se uma **linguagem simples e acessível** a esta faixa etária:

---

<sup>52</sup> Para um maior aprofundamento indica-se a leitura de ALVES-MAZZOTTI, A.J. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa**, v. 36, n. 129, p. 637-651, set./ dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v36n129/a0736129.pdf>>.

[...] a fala que você tem que ter com ele, o linguajar, tem que traduzir as tuas palavras para a linguagem dele, para o entendimento dele. Não seria uma dificuldade, mas um cuidado que a gente tem que ter, porque às vezes no dia-a-dia você usa um termo técnico ou usa um termo do teu convívio que para eles é totalmente, sei lá, esquisito, grego aquilo que você está falando. Então você tem que procurar saber o que ele entende e como ele entende para você atingir o objetivo com ele. (Sujeito 5)

Adequar a linguagem para o entendimento da criança e do adolescente, utilizando-se de um linguajar simples e claro constitui-se em uma estratégia de envolvimento deste público para que o mesmo consiga entender as orientações. Esta é uma estratégia que os profissionais podem desenvolver no decorrer da experiência de trabalho com este público.

### 3.3.3.3 Estratégias de tratamento com relação ao indivíduo

Entre as estratégias para tratamento de crianças e adolescentes usuários de crack focadas no indivíduo citadas pelos profissionais entrevistados, 26% apontaram para a necessidade de **ocupar o adolescente** com atividades positivas e produtivas:

[...] A questão do trabalho é importante: quando ele se engaja com alguma coisa, quando ele se envolve com alguma coisa produtiva, porque boa parte desses meninos que são usuários tem uma vida muito ociosa ou que se torna ociosa em função da droga mesmo. (Sujeito 14)

Entre as várias atividades, os profissionais enfatizou-se a inserção no mercado de trabalho, escola e cursos enquanto estratégia efetiva no auxílio da promoção e manutenção da abstinência de crack:

[...] a gente já teve adolescente que saiu daqui e que hoje está trabalhando e estudando. [...] Pela participação da família, da sociedade num todo, de uma equipe multidisciplinar extremamente comprometida com o trabalho e tudo, isso contribuiu muito. Principalmente a questão da família, que a família vinha sempre, que se preocupava, e ele teve ajuda de terceiros que arrumaram trabalho para ele lá fora, eu acho que a participação da família e da sociedade como um todo ajuda muito. (Sujeito 4)

A inserção dos adolescentes no mercado de trabalho é permitida, segundo a legislação trabalhista brasileira, a partir dos 14 anos somente na condição de aprendiz e a partir dos 16 anos com algumas condicionalidades, como limite de horas diárias de 6 horas e a proibição de realização de atividades em condições perigosas ou insalubres. Apesar de a legislação permitir o trabalho protegido a partir dos 16 anos, muitos locais só admitem maiores de 18 anos. Além disso, percebe-se uma resistência de muitos locais de trabalho, pelo relato de usuários e familiares, à contratação de um usuário de drogas. Nesse sentido, o auxílio da família e de pessoas conhecidas pode auxiliar na inserção em atividades produtivas.

Alguns profissionais enfatizaram a importância de não se deixar os adolescentes ociosos também durante o tratamento:

Quando eu entrei aqui, eu comecei a verificar que os internos ficavam muito ociosos. [...] Então o que eu fiz, a primeira iniciativa que eu tive foi de fazer o projeto arte terapia geração de renda, por quê? Porque eu acho que o artesanato por si só não iria incentivar a permanecer na instituição. Então foi uma leitura que eu fiz da situação, que se eles estivessem fazendo aquele artesanato com um objetivo de ter uma renda para eles a motivação para eles permanecerem no projeto seria maior, e foi o que aconteceu. (Sujeito 4)

Dos profissionais entrevistados, 20% revelam que alguns dos adolescentes que pararam com o uso foi devido a **acontecimentos que trouxeram mudanças na vida** desses adolescentes:

[...] eu vejo os relatos de experiência me apontam para relacionamento afetivo “ah comecei a namorar uma menina” por exemplo, “e saí dessa vida” que eles falam “arrumei um emprego” “ah mudou de bairro mudou de cidade daí quebrou o vínculo com a turma de amigos, se bem que turmas de amigos se a pessoa quiser ela encontra em qualquer lugar mas isso é um fator importante. Acho que é uma série de combinações, uma série de combinações.” (Sujeito 14)

Observa-se que o início de um relacionamento amoroso, a inserção no mercado de trabalho e a mudança de local de moradia, são fatos que podem auxiliar a criança e o adolescente a mudarem de companhias, bem como a terem uma outra **perspectiva de vida**:

[...] foi um caso que a gente teve aqui, uma adolescente que teve bebê e ficou um bom tempo sem usar. Por outras questões familiares depois que ela comenta, ela voltou a usar. Inclusive veio bater aqui e pedir por tratamento. [...] Por causa do filho, que ela durante a gestação, ela inclusive bem vaidosa, gostava de se cuidar e tal. Eu acho que pelo medo de ficar depois sem o bebê ela tenha parado por esse tempo. (Sujeito 15)

A gestação não é processada por todas as adolescentes da mesma forma. Observa-se que para algumas ela traz uma mudança no comportamento, mas não é regra. Essa diferença deve-se à formação, experiência de vida de cada adolescente, que irá processar esse evento de forma diferenciada.

[...] Teve casos de gestantes onde deu muito certo a gente trabalhar um pouco da afetividade dela estar grávida, e com a criança ter mudado todo o comportamento. Como a gente já teve casos de adolescentes gestantes que ganharam os bebês e que depois de um tempo elas abandonaram totalmente a criança, que a criança não foi um fator de proteção. Então é relativo, vai muito da afetividade, da história dela com relação a isso, a questão do carinho, do afeto, como ela trabalha isso. (Sujeito 11)

O que muda a perspectiva de vida, traz novos significados, varia de indivíduo para indivíduo. Mas **é preciso descobrir algo que dê sentido para esse adolescente**, mexa com ele, traga significado para sua vida, novos vínculos:

[...] a gente tem visto bons resultados, o pessoal tem se absterido, que nem a menina lá que se absteve depois de ganhar neném, ela era usuária pesada de crack. [...] No caso dela foi uma gravidez que ela teve, de repente, ela percebeu que ela ia ser mãe, ela conseguiu visualizar isso com todo o trabalho que a gente vinha fazendo [...] E veio, assim, se fortalecendo também no CAPS, fazendo o tratamento, recebendo aberta as orientações de tudo o que foi feito com ela, e ela conseguiu, nossa mudou totalmente. É uma excelente mãe, está terminando os estudos, tem interesse em trabalhar, tudo, ela mudou totalmente. Quem via ela, como ela era, com várias internações, que ela não queria, não estava nem aí para nada, não queria saber de tratamento, não vinha, tinha muitas faltas, recaía com muita facilidade. Depois você vê ela agora, a situação que ela está, totalmente segura, tranquila, é outra pessoa, mudou totalmente. (Sujeito 5)

Observa-se a importância de descobrir o que mobiliza o usuário, quem são as pessoas de referência para ele, pois a partir disso, pode-se motivá-lo a realizar a mudança. Kalina (1987, p. 16) enfatiza que

O ser humano sempre sentiu necessidade de transcender a finitude de seus limites [...] Assim, busca elementos todo-poderosos; trata-se de um fenômeno que lhe é inerente. [...] Se lhe oferecem drogas, ele aprende a fazê-lo por esse caminho. Há outros: criar, buscar a transcendência pela arte, ou pelo amor.

Uma das estratégias seria, portanto, apontar para outros caminhos que façam o homem ir além de si, como a religião, a maternidade, a família, a satisfação da realização de certas atividades (esportes, artes, entre outras) que o realizem.

A espiritualidade é apontada por profissionais como um fator que parece colaborar para a adesão das crianças e adolescentes ao tratamento:

[...] a família é a base e o lado espiritual também. [...] quando se trabalha o lado espiritual do adolescente, ele aceita isso bem, fica mais fácil você atingir as outras coisas com ele. Você o mobiliza mais facilmente. Porque quando ele teme a um Deus, e ele tem uma fé aí você consegue atingir ele, ele se comove mais facilmente, ele começa a entender o prejuízo que ele causa para ele e para a família dele usando a droga. Porque a grande maioria deles vem de furtos, de roubos, de prisões então quando isso mexe com eles, quando o lado espiritual deles se fortalece um pouco, você também consegue alguns objetivos. [...].(Sujeito 1)

A inserção em grupos religiosos e grupos de auto-ajuda pode ser uma estratégia para auxiliar principalmente os adolescentes a constituírem novos laços de amizade. O oferecimento de outros grupos de relacionamento pode auxiliar no tratamento, já que o grupo é uma referência muito forte para essa faixa etária. No caso de crianças, parece surtir mais efeito o fortalecimento dos laços familiares.

Sanchez e Nappo (2007) referendam a importância da espiritualidade, apresentando vários estudos que apontam a religião enquanto um fator de proteção ao uso de drogas.<sup>53</sup>

Outra estratégia utilizada no tratamento de usuários de crack é auxiliá-los a visualizar outros objetivos além da droga, auxiliá-lo a vislumbrar um **novo projeto de vida**. O projeto de vida deve visualizar caminhos que levem a criança e o adolescente a descobrir ou re-descobrir atividades, amizades que lhe proporcionem alegria, satisfação, tomando o lugar da droga

---

<sup>53</sup> Para um maior aprofundamento ver SANCHEZ, Z.M.; NAPPO, S.A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, supl. 1, p. 73-81, 2007. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/73.html>>.

[...] A gente tem que trabalhar muito com ele para que ele vislumbre alguma coisa diferente fora do crack. É complicado porque você tem que oferecer alguma coisa diferente. [...] A gente tem que habilitar ele e na medida em que ele vai se abstendo, ir inserindo ele em programas e tentando buscar a valorização desse indivíduo. (Sujeito 5)

Os profissionais devem auxiliar ao usuário visualizar novas possibilidades de vida a partir de suas potencialidades e limites e a planejar essa inserção ou reinserção. De preferência, essas atividades ou algumas delas devem ir ao encontro dos interesses dos adolescentes e crianças, algo que traga prazer e possa “competir” com o prazer oferecido pela droga:

[...] Eu penso que a gente tem que melhorar algo de prazer também para eles. [...] Porque eles não tem nada. Onde é que eles tem prazer? Apesar que muitos dizem para mim assim “ah, mas eu nem sinto mais nada de bom”. Mas é a única coisa que eles tem. Porque a família eles não conseguem mais chegar lá e conversar porque é briga, confusão. A escola já teve situações conflitivas e acaba colocando um pouco para fora, estimulando que saia. Então acredito que eles não tem nenhum retorno, a não ser, onde eles conseguem ainda se ver vinculados a alguma coisa: é o grupo que usa e a droga. (Sujeito 8)

A droga confere uma identidade a esses adolescentes em uma fase onde ocorre essa busca, definição de identidade. Oferecer outras fontes de prazer e identificação pode auxiliar o usuário a deixar de identificar-se com a droga, seja ela qual for, e mudar seu projeto de vida. O tratamento para dependência química envolve toda a vida do indivíduo. Conforme já demonstrado por Kalina (1987, p.75), o usuário de drogas é uma pessoa com um projeto de morte, pois suas escolhas e atitudes levam ainda que inconscientemente, à auto-destruição e à morte. A estratégia consiste, segundo este autor, em

Transformar um projeto de morte em projeto de vida”. Da convicção e do profundo desejo de se realizar esse processo depende a liberação do viciado em drogas da dependência estabelecida com sua droga. Nesse processo, ele não é o único envolvido. A família, seu grupo de amigos e a sociedade inteira têm parte da responsabilidade e, portanto, a mesma necessidade de chegar a uma completa mudança cultural.

Auxiliar a criança e o adolescente a buscarem um novo projeto de vida significa também auxiliá-los a **desenvolver uma nova identidade**, pois de

acordo com Scivoletto e Andrade (1999, p. 148), a droga lhes confere uma identificação, muitas vezes a única conhecida até então, pois é nesse período em que ocorre a definição desta identidade:

Em muitos casos, os adolescentes encontram nas drogas a identidade que buscam neste período da vida. [...] Não é possível cobrar do adolescente a abstinência que, para ele, significa abrir mão da única identidade que possui no momento, sem oferecer outra forma de identificação, deixando-o sem identidade.

Este fato faz com que o tratamento em crianças e adolescentes seja mais desafiador do que o tratamento de adultos, pois não há identidade, habilidades a resgatar: de acordo com Scivoletto e Andrade (1999, p. 148-149) elas precisam ser construídas:

Diferentemente dos adultos, que já haviam desenvolvido seus papéis na sociedade antes da disfunção causada pelo uso indevido de cocaína (e outras drogas), o adolescente e pré-adolescente sabem, instinta e logicamente, que não podem retornar aos seus 8 ou 10 anos de idade- situação anterior à experimentação desta substância [...] a abstinência não é o objetivo final, que é a retomada do desenvolvimento normal do adolescente. A obtenção da abstinência pode ser vista como uma porta ou ponte para a recuperação. Isto requer que o adolescente faça uma reformulação em sua identidade, de alguém que precisa de alguma droga para se divertir, aliviar o desânimo ou superar medos e problemas, para uma pessoa que consiga se divertir com a vida e superar suas dificuldades sem precisar de drogas- a dificuldade é que esta identidade é completamente nova, ou seja, ela não pode ser lembrada mas deve ser construída. Não se trata de reabilitação, mas sim de habilitação [...]

Por outro lado, Kaminer e Szobot (2009) colocam que esta busca de identidade pode trazer dificuldades do adolescente aderir ao tratamento, pelo fato de ele estar justamente procurando se firmar enquanto um sujeito autônomo e independente.

Nesse sentido, **tornar o adolescente sujeito do seu próprio tratamento** pode colaborar para que ele tenha maior adesão ao mesmo, estratégia citada pelos profissionais entrevistados. Scivoletto e Andrade (1999) afirmam que apesar de os adolescentes estarem mais suscetíveis à influência de fatores externos, não podemos atribuir o uso de SPAs apenas a esses fatores, desconsiderando o poder de decisão que eles já possuem. Uma estratégia de

fortalecer esse poder de decisão de forma positiva é envolver a criança, e principalmente o adolescente (que já possui um pouco mais de maturidade) em seu próprio tratamento, abrindo espaço para que este coloque sua opinião e tornando-o corresponsável pelo seu tratamento:

[...] você ter um tratamento individualizado para cada um, e o adolescente sentir que ele é importante nesse processo. Você devolver para ele o tratamento: está fazendo isso por isso, por isso, por aquilo. “Você precisa melhorar nesses e nesses aspectos, como você vê isso?” E ele fazer essa auto avaliação. A gente já teve práticas de a gente fazer auto avaliação, eles se darem uma auto avaliação do tratamento deles, a equipe técnica devolver para eles o que a gente tem percebido, e ele conseguir avançar nisso. Então a gente já teve avanços com relação a isso. Mas é assim: cada um com sua forma, cada um com seu tratamento que necessita. (Sujeito 11)

Washton (1999, p.203-204) enfatiza a importância de fazer do usuário sujeito de seu tratamento:

[...] só o paciente tem o poder de escolher os objetivos do tratamento, independentemente do que ele pense ser melhor. Alguns pacientes já têm certos objetivos em mente quando eles aparecem para o tratamento, como reduzir no lugar de parar completamente o uso do álcool ou droga. [...] É essencial aos terapeutas reconhecer que os objetivos do tratamento devem ser negociados, acordados mutuamente, e não determinados ou impostos de maneira unilateral. A decisão de se e como mudar será sempre escolha do paciente. [...] é o paciente, e não o terapeuta, que tem a última palavra em relação ao comportamento frente ao uso da substância a ser mudado

Verifica-se por meio das falas dos profissionais e dos autores citados, que o tratamento deve não apenas ser discutido de forma interdisciplinar, mas também e principalmente, com o usuário. Por mais que os profissionais planejem o tratamento, se a criança ou o adolescente e suas famílias não estiverem envolvidas no tratamento não apenas como executoras, mas também como planejadoras das atividades, o tratamento dificilmente terá sucesso. **É preciso ouvir a criança e o adolescente para estabelecer os objetivos e metas do tratamento em conjunto com eles.**

Alguns profissionais consideram que o tratamento tem mais efetividade **quando o usuário adere** ao mesmo:

[...] quando ela estava em situação de risco, bem vulnerável, ela veio aqui de novo pedir ajuda. [...] Então acho que é um ponto positivo quando eles percebem a necessidade de se tratar. A partir do momento que eles buscam ajuda, eu acho que é o mínimo, mas eles estão conseguindo perceber que estão precisando de ajuda e estão precisando de tratamento. Então aí eu acho que é um fato positivo, um ponto positivo. (Sujeito 15)

Scivoletto e Andrade (1999) consideram que o primeiro passo no tratamento de adolescentes e também de crianças é motivá-los a realizar o tratamento, estratégia também citada pelos profissionais:

[...] o primeiro passo eu acho é estar fazendo um trabalho com esse adolescente de tentar, não sei de que forma ainda, mas fazer com que ele aceite o tratamento, na verdade, não que seja forçado esse tratamento. (Sujeito 15)

Uma das estratégias para conseguir a adesão desse público, segundo Kaminer e Szobot (2009) é utilizar-se da Terapia Motivacional, principalmente no início do tratamento, a fim de motivá-los a realizarem o tratamento. De Micheli e Formigoni (2008) enfatizam a importância da utilização do modelo de estágios de mudança: verificar, na entrevista motivacional, em qual estágio a criança e o adolescente estão para partir da realidade em que eles se encontram.

Considera-se relevante conhecer em qual estágio a criança e o adolescente se encontram para abordar de uma forma mais efetiva. Porém, de acordo com o *National Institute on Drug Abuse* (NIDA), o tratamento não precisa ser voluntário para ser efetivo (LARANJEIRA, 2010). Em certos casos, como é o crack, faz-se necessário que ocorra uma intervenção mesmo contra a vontade da criança e do adolescente, pois muitas vezes eles estão de tal forma envolvidos com a droga e debilitados que não possuem condições de racionalizar sobre a importância da mudança e muito menos realizá-la. No entanto, quando o usuário manifesta desejo em realizar o tratamento, percebe-se que o mesmo transcorre de forma mais tranquila, haja vista que o sujeito irá colaborar e batalhar pelo sucesso do tratamento.

Outro sujeito aponta para a **utilização de atividades lúdicas** enquanto estratégias para o trabalho, principalmente com crianças:

Você vê agora eu estou com uma criança de 8 e outra de 9 que eu tive que comprar carrinho pra brincar de carrinho com eles. Por que? Porque é o que eles gostam. Então aí vão, pegam o carrinho, faz pistinha e tal e conversa. São crianças. Um deles nós conseguimos inserir na escola que está sendo uma coisa maravilhosa [...] Os dois na verdade estavam indo, mas um deles não quis ir, se rebelou, não quis ir mais e deu muito problema, a gente acabou tendo que tirar. Mas o outro está indo super bem, ele não sabia nem ler nem escrever, o de 9 anos. Então para ele está sendo muito bom. (Sujeito 1)

Verifica-se a importância da escola e do acolhimento desta a este público e da escolha das atividades no tratamento a partir dos interesses das crianças e adolescentes a fim de que a aderência ao programa ocorra:

[...] primeiro ele entra e a gente insere em todas as atividades. Ele experimenta uma de cada, uma atividade. Ele me diz o que ele teve mais afinidade. Ele escolhe algumas oficinas, aí dentro de cada oficina eu vejo o que é possível fazer. Porque todas elas trabalham o cognitivo, trabalham a coordenação, trabalham o equilíbrio. Então a gente tenta trabalhar assim: ver o que ele gosta justamente para poder ganhar ele dentro do serviço. (Sujeito 10)

Um dos profissionais aponta para a necessidade do **fortalecimento da auto-estima das crianças e adolescentes** dependentes químicos:

Eu acho que nós tínhamos que buscar caminhos para fortalecer ego/auto-estima. Eu acredito que o adolescente que tenha convicções, que tenha valores, que tenha conceitos, que tenha um ego fortalecido, com uma auto-estima boa, resiste melhor a pressão do grupo, a pressões exteriores para buscar a droga e evitar uma recaída. [...] O que eu posso fazer nesse momento fora da questão pura de medicamentosa e desintoxicação eu vejo é essa troca de idéias, essa conversa, esse aconselhamento [...] (Sujeito 14)

O que se verifica, por meio da análise das diversas falas dos usuários quanto ao tratamento de crianças e adolescentes usuários de crack é que **não existe um tratamento específico** para este público. A efetividade do tratamento é variável de indivíduo para indivíduo. Mas de forma geral, as iniciativas apresentadas pelos profissionais que mais surtiram efeitos positivos com estes usuários foi o envolvimento da família no tratamento; o trabalho da rede intersetorial no atendimento destas crianças e adolescentes; o encaminhamento para desintoxicação e depois para comunidade terapêutica, com uma volta gradual ao

meio; a inserção em atividades e programas que ocupem de forma positiva o tempo dos mesmos, entre outras estratégias já apresentadas. Assim, concorda-se com a fala do sujeito a seguir:

Eu acho que várias redes funcionam, eu vejo, algumas não tão bem estruturadas, mas várias redes funcionam e assim o que funciona para um não funciona para outro necessariamente. O que eu acho que não pode acontecer é ele sair desta internação ou de outra clínica que seja, de outro local de desintoxicação sem um apoio, sem uma rede de apoio, ele ser jogado, digamos, de volta ao meio em que ele estava. (Sujeito 15)

Percebem-se várias estratégias de atendimento a crianças e adolescentes dependentes de crack, várias com resultados positivos. O ponto central é não deixar essa criança ou adolescente sem um acompanhamento efetivo e planejar o tratamento partindo da realidade de cada sujeito, da forma como este se apresenta em cada serviço.

#### 3.3.4 O Tratamento de Reincidentes: Particularidades no Tratamento

Uma das principais questões que fomentou o interesse em pesquisar alternativas de enfrentamento da dependência de crack em crianças e adolescentes foram as constantes recaídas e reinternamentos observados na intervenção realizada no HUOP. A partir desta constatação, questionou-se se o tratamento para os adolescentes que reincidem no tratamento deveria ser diferenciado daquele oferecido para os que estão adentrando o tratamento, questão feita aos profissionais entrevistados.

Dos 15 profissionais entrevistados, **10 consideraram que o tratamento não deve ser diferente** de quando a criança e o adolescente incidem pela primeira vez:

Não, não é diferente, porque a reincidência, a recaída, como eu falei, ela é possível de acontecer. [...] a acolhida é da mesma forma para mostrar para o adolescente que ele não vai ser julgado por essa recaída. Isso eu acho importante, o adolescente ou a criança não pode ser julgado porque ele recaiu, independente do tempo que ele teve. [...].( Sujeito 3)

[...] quando acontece a questão da recaída da reincidência no caso do nosso público alvo, a gente não [trabalha de forma diferente].

Primeiro porque caracteriza um estigma e não é essa a proposta da instituição. [...] (Sujeito 4)

Um dos sujeitos relata que o tratamento não é diferenciado, pois deve-se avaliar se o que ocorreu foi apenas um lapso ou uma recaída. Quando ocorre a recaída no crack, o encaminhamento realizado, em geral, quando o paciente chega muito debilitado, é o internamento:

Geralmente reincidente não vai direto para o internamento se tiver uma recaída. A gente tenta ver se teve algum problema, ver se ele usou de forma esporádica, ou se recaiu mesmo, está usando várias vezes. [...] não é toda recaída que vai internar de novo, até para começar a usar o medicamento, ver se o medicamento está fazendo efeito ou não. Já paciente que chega com a higiene toda descuidada, os pacientes chegam sujos mesmo de tanto [usar], as unhas compridas, o cabelo sujo, roupa suja, em estado de mendigo assim, de rua, chega situações meio graves assim aí acaba encaminhando. (Sujeito 6)

Alguns profissionais ressaltam que o tratamento não é diferenciado, mas que há um outro modo de compreender e analisar os usuários que recaem:

Na verdade, a gente faz a entrada como se ele tivesse voltando para o serviço de novo [quando cai]. Porque daí a gente tem que ver como é que está o contexto dele atual, como é que está a questão do uso. Mas dizer para ti que existe uma abordagem diferenciada, eu não vejo isso. É uma nova inserção, é claro com um olhar diferenciado porque a gente sabe. Com um planejamento diferenciado da equipe de que forma a gente vai trabalhar com ele agora. Mas dentro daquela perspectiva: vamos ver quais as dificuldades que ele tem agora, que ele voltou, e vamos ver se a gente consegue trabalhar essas dificuldades. Mais focado nas dificuldades que ele apresenta no momento atual. (Sujeito 9)

Averiguou-se que a maior parte dos profissionais relata não realizar um trabalho diferente devido à recaída. **O tratamento é definido de acordo com a situação em que a criança e o adolescente chegam ao serviço.** Altera-se o plano terapêutico a partir das condições que eles apresentam:

Não, no tratamento não [existe diferença quando cai], pode ter diferença na abordagem que eu vou ter com ele, o que eu fiz com ele antes, o que eu posso fazer de diferente agora, qual que é o caminho, “vamos lá o que aconteceu?” “ah, o turma não sei o que” tentar buscar estratégias, mas é um processo difícil. (Sujeito 14)

**Três profissionais declaram realizar tratamento diferenciado para reincidentes.** Um deles avalia que a diferença deve ocorrer pela resistência que os usuários que recaem apresentam ao tratamento por já conhecerem os trâmites das atividades realizadas:

[...] trata diferente sim. Ele já vem, ele já conhece todo o sistema [...]. E normalmente quando ele vem ele vem pronto para saída. Então nossos reincidentes não duram. Nós tivemos eu acho 2 ou 3 aqui de Cascavel que a gente tentou, sabe? Um curto período de tempo, eles não ficam. Porque eles já sabem todo o sistema [...], eles já sabem que eu vou tentar segurar eles aqui, então eles não aceitam mais nada. Nós não temos muita experiência com reincidentes, acho que foi só 2 ou 3 casos e não deu certo, eles ficam menos ainda. Quando é pela primeira vez eles ficam um tempo maior. Quando eles vem pela segunda vez, é rapidinho. (Sujeito 1)

Outro profissional considera que o tratamento para reincidentes deve ser reavaliado: verificar os motivos da recaída, avaliar pontos positivos do tratamento anterior e estabelecer novas estratégias:

[...] é avaliado o que deu certo na primeira vez para gente continuar e reavaliar “tem alguma coisa que precisa ser mudada?”. A gente precisa mudar a abordagem: então nessa segunda vez que ele vem você muda a forma de abordagem com ele. A gente avalia o que foi que aconteceu, em que momento ele recaiu, porque ele recaiu, faz um acompanhamento. [...] ver o que levou, o quanto ele usou, e o que era feito que estava indo bem no começo. [...] a gente senta de novo no grupo técnico e vê o que deu certo na outra vez, o que não deu, a partir daí passa a talvez até mudar a abordagem ou dar continuidade naquilo que já vinha bem. (Sujeito 5)

Outro profissional também considera que o tratamento deva ser diferenciado quando há a recaída a fim de minimizar a frustração que este evento traz para o adolescente e que pode interferir negativamente na continuidade do tratamento:

Acho que tem que ser diferente sim, esse adolescente que inicia tem que ser visto mais em relação assim, como trabalhar com esse adolescente para que não aconteçam essas recaídas. Porque a recaída para o adolescente é muito frustrante, e muitas vezes quando ele reinterna, ele se sente muito culpado, muito frustrado, que não conseguiu. (Sujeito 13)

Verifica-se nesta fala a importância de prevenir a recaída, podendo-se utilizar da estratégia “prevenção da recaída”, mas utilizar também da entrevista motivacional quando este adolescente recaí para apontar aspectos positivos de seu processo, valorizar melhoras e apontar para caminhos de superação.

Um dos profissionais defende que o tratamento deveria ser diferenciado, mas refere que não tem ocorrido de forma diferenciada:

Se a gente for pensar pela lógica, o certo seria fazer um tratamento diferenciado [quando há a recaída]. Infelizmente isso não acontece, a gente não tem um tratamento diferenciado. Eu acredito que sim, que deveria. Porque se ele está reincidindo, acho que a primeira coisa é tentar descobrir: por que ele está reincidindo? O que está acontecendo para ele reincidir? O que está faltando? Vamos ver o tratamento, vamos rever as estratégias da equipe de tratamento, vamos rever lá na família dele, onde ele mora, o que está faltando pra ele? Acho que sim, acho que o processo de tratamento não pode ser uma coisa única e imutável. Tem que passar por revisão. Por mais difícil que seja enfrentar os fatores sociais, do meio que ele vive, enfim, mas o tratamento a gente teria que mudar, revisar, tentar rever novas estratégias. (Sujeito 7)

De modo geral, averiguou-se, pelas falas dos profissionais entrevistados, que ocorre tratamento diferenciado quando o usuário recaí no uso, mas não especificamente pela reincidência em si, mas pelas condições do usuário ao chegar ao serviço, condições estas que modificam-se com a reincidência e que em geral, cronificam-se, trazendo a necessidade de elaboração de novas estratégias no projeto terapêutico.

Por este motivo, apresenta-se a seguir algumas estratégias citadas pelos profissionais para o tratamento de crianças e adolescentes reincidentes no uso de crack.

#### 3.3.4.1 Estratégias para tratamento de adolescentes pós-recaída

Apesar da maioria dos profissionais considerar que o tratamento dos reincidentes não ocorra de forma diferenciada da incidência, são apresentadas algumas estratégias de tratamento para o atendimento pós-recaída, consideradas diferenciadas do tratamento já apresentado enquanto atividades e estratégias.

Uma estratégia utilizada pelos profissionais no trabalho com adolescentes que retornaram ao uso de drogas após um período de abstinência é o

**acolhimento** ao usuário, mostrando-lhe e a sua família a compreensão de que a recaída integra o processo de tratamento:

A gente sempre procura, assim, mostrar para eles que acontece eles ter que retornar para o tratamento, que a recaída faz parte do tratamento, se ele está com vontade de mudar a gente começa tudo de novo. Então a gente tenta trazer ele para perceber a importância dele vir para o tratamento. Não ficar “ah, você recaiu, você é um sem-vergonha, não sei o que”. A gente tenta mostrar que isso é natural, acontecer essas recaídas durante o processo do tratamento.(Sujeito 2)

[...] Então na verdade assim, escutar, acolher, e daí trabalhar para esse adolescente conseguir levantar a cabeça e começar a luta tudo de novo.( Sujeito 3)

Vários profissionais mencionaram a **avaliação da recaída como novo ponto de partida**. Estes consideraram que se devem avaliar, juntamente com o adolescente, os fatores que contribuíram para que ele voltasse a usar e o que auxiliou na abstinência, quando ela ocorreu, buscando traçar o novo plano de tratamento a partir destes fatores:

[...] quando tem a recaída a gente reinicia o processo. Vê o ponto de partida, onde ele recaiu, em que momento ele recaiu, como que ele recaiu e aí a gente traz ele para o tratamento, praticamente reiniciando do zero porque tem que ver o comprometimento que ele está. Porque às vezes tem necessidade de internar. Tem aquele adolescente que fica 4, 5 meses sem usar e quando ele volta ele usa tudo o que pode, está super mal, daí precisa ser internado, desintoxicar e voltar. E tem aquele que está usando, consegue vir para o CAPS e com medicamento ele consegue parar. Na verdade, a gente tem que reavaliar e começar novo tratamento, começa tudo de novo: insere ele nas oficinas, faz todo um trabalho psicológico e psiquiátrico, internamento se necessário. (Sujeito 5)

Pela fala deste sujeito, verifica-se que o tratamento dos reincidentes ocorre a partir do estado em que o paciente se apresenta quando retorna ao serviço. Se a recaída levou a um uso compulsivo, o que no caso do crack ocorre frequentemente, o encaminhamento primeiramente é para **internamento**, o que acontece tanto para incidentes quanto para reincidentes, mas que é apontado por alguns profissionais enquanto estratégia para o pós-recaída:

Estratégias, na verdade, a gente não tem nenhuma. [...] Quando ele retorna? Era para ele fazer tratamento, e ele não vem? Geralmente eles voltam pedindo, a família pede para internar. Outro fato: sai do internamento, não continua o tratamento, esperamos uns 2-3 meses para ver se o adolescente vai voltar. Daí fazemos a abordagem com a família, porque ele não veio para o tratamento. [...] Quando ele falta vamos atrás. As vezes a família fala: “ah, ele não quer vir para o tratamento, não tenho como fazer para ele ir”. Eles voltam quando querem internar de novo, porque eles sabem que aqui eles vão conseguir internamento. Você tem que abordar a família de novo, dizer que eles fazem parte do tratamento. Com o adolescentes dizemos que eles tem que continuar o tratamento depois do internamento, que a recuperação é muito difícil, que não é rápida. Tem que fazer essa outra abordagem para eles perceberem a importância da continuação do tratamento. Porque o nosso maior problema são os abandonos dos que não fazem o tratamento corretamente. (Sujeito 2)

Alguns profissionais mencionaram que no caso de usuários de crack, quando estes recaem no uso, o retorno em grande parte é para solicitar internamento para desintoxicação, devido à compulsão causada pelo crack que dificulta a adesão às demais formas de tratamento. Outra estratégia interessante apontada por este profissional é a realização da **busca-ativa** dos usuários que não comparecem ao serviço como forma de tentar acompanhá-lo de forma mais sistematizada e caso ocorra a recaída, realizar outras intervenções.

Foram apontadas também pelos profissionais enquanto estratégias de tratamento de reincidentes com uso crônico de crack **internamentos mais prolongados** e com ênfase na ocupação enquanto instrumentos de modificação de comportamentos, estratégias já apontadas no trabalho com incidentes.

Um dos sujeitos considera que apenas a desintoxicação e o encaminhamento para atendimento ambulatorial não são suficientes para o tratamento de usuários de crack e este seria um motivo para a recaída, referendando a importância do **tratamento em comunidade terapêutica** para a manutenção desta criança e adolescente por um tempo maior longe de seu meio:

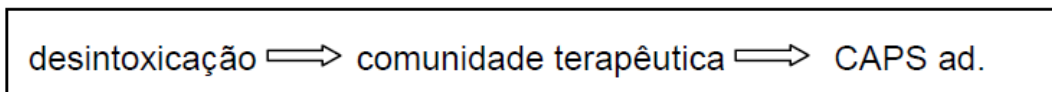
[...] a reincidência eu acho que acontece quando o adolescente não foi bem trabalhado para se libertar das drogas, o que está sendo usado com ele não está surtindo efeito. Ficar 20 dias dopado em um hospital não vai retirar ele das drogas. Ficar 30 dias internado numa clínica psiquiátrica não vai retirar ele do mundo das drogas. Então precisa ter um trabalho de conscientização dele. [...] Eu acho assim que o trabalho hospitalar é um trabalho de desintoxicação. Agora eu acho que isso não surte efeito nenhum [...] Desintoxicou, volta para

casa. Volta para casa, volta para o meio. Voltou para o meio, volta para o uso da droga. (Sujeito 1)

Kalina (1987, p. 69) entende que o tratamento não se resume ao internamento: é preciso “jogar um jogo completo”:

Enclausurar um viciado em uma cela, seja de hospital ou de prisão, durante três semanas, e libertá-lo imediatamente, pretendendo que se lhe aplicou “uma cura de desintoxicação” é ingenuidade [...] De que recaídas se fala, quando na realidade nunca se conseguiu trazer à superfície as causas verdadeiras da intoxicação?

Este profissional considera que apenas o tratamento de desintoxicação não surte efeito no caso de usuários de crack, mas é importante para a adesão destes pacientes ao tratamento em comunidade terapêutica e que este deveria ser o caminho tomado no caso de usuários de crack reincidentes:



A **inserção em projetos, encaminhamento para trabalho**, citada pelos profissionais como uma estratégia para tratamento de usuários de crack de modo geral, é citada por profissionais enquanto estratégia para tratamento no pós-recaída. Para ser superada, a droga deve ser substituída por algo mais na vida de uma pessoa que lhe abra novas perspectivas de vida. Os profissionais citam a importância da inserção das crianças e adolescentes em cursos e atividades que desenvolvam suas potencialidades:

[...] Alguns casos que tem dado certo de reincidência é que, uma vez que ele completou o tratamento dele, que ele conseguiu ficar abstinente ou reduzir o uso de droga, a gente consegue lá um projeto, um trabalho, uma reinserção. Então são coisas que tem dado certo: quando a gente abre para ele uma possibilidade, uma perspectiva de futuro do que ele pode ser ou não. (Sujeito 9)

Os profissionais citaram como um dos fatores relevantes para o tratamento de usuários de crack o **trabalho intersetorial**. No tratamento de usuários reincidentes, este aspecto foi novamente mencionado:

Buscamos a rede de serviços diversos (educação, esporte, cultura) com intuito de oferecer maior proteção, para que esse usuário não reincida. Buscamos inserir os familiares dos adolescentes no processo de tratamento. Para os familiares dos usuários do CAPS ad é fornecido o vale transporte para facilitar a participação [...] para a família poder participar dos grupos de atendimento ou até atendimentos individuais. Procuramos facilitar para que a família se comprometa também o máximo possível com o tratamento dos adolescentes. Estabelecer maior contato com as outras instituições ou espaços que esse adolescente frequenta. (Sujeito 12)

Outro profissional enfatiza que esta rede precisa dialogar sobre esses casos de uso crônico de crack:

[...] a questão da recaída é porque é muito difícil mesmo. Uma coisa que contribui muito é a questão se ele não muda as atitudes, o meio, é muito difícil de ele estar presente nisso, de não ter essas recaídas. É um trabalho mais longo que você tem que estar desenvolvendo com ele [...] A questão é que se ele fica meio sozinho daí ele vai, ele volta, daí fica um mecanismo assim: vai para o juiz, aí ele cai, você interna, e é isso que a gente percebe que não tem evoluído. Ele acaba repetindo, e não tem uma efetividade em cada tratamento. Por isso que é importante essa rede sentar, porque se ele já caiu, ele caiu de novo, uma falha tem neste meio, onde que a gente está falhando. Não é para achar culpados, mas assim, é de pensar estratégias juntos, de intervenção junto dessa família. (Sujeito 11)

Pelas dificuldades apresentadas, é preciso que ocorra realmente um trabalho em rede. Os serviços precisam sentar mais conjuntamente, discutir os encaminhamentos e traçar planos comuns de crescimento. Acredita-se que um contato maior entre os serviços possibilitará uma eficácia maior do tratamento e um número de recaídas menor dos usuários.

Outra estratégia apontada pelos profissionais é **trabalhar aceitação do tratamento com o paciente e sua família**. Segundo os sujeitos entrevistados, não somente os pacientes apresentam dificuldade de aderir ao tratamento, conforme já verificado no tratamento de usuários de crack, mas isso também se percebe no tratamento de reincidentes:

[...] o que eu percebo muitas vezes, por incrível que pareça, ele tem uma dificuldade de usar uma medicação, mas a droga não. Tem muitos pacientes que acabam não aceitando usar remédio porque a medicação “ah, me faz ficar bobo, o remédio muda meu jeito de ser”. Eu tento trabalhar isso [...] (Sujeito 8)

O fato de não realizar o tratamento corretamente, tomando a medicação conforme prescrita auxilia na recaída principalmente devido à fissura causada pelo crack. Pelos relatos dos sujeitos entrevistados, verifica-se que um dos motivos que faz com que os pacientes parem de tomar a medicação é que eles sentem-se bem, “curados” e param por conta própria com o uso da medicação. Washton e Zweben (2009) relacionam essa sensação de cura aos efeitos iniciais positivos que os pacientes sentem ao parar com o uso de drogas, chamando esse fenômeno de “lua-de-mel” ou “nuvem cor-de-rosa”. Um dos riscos nesse período inicial é uma auto-confiança exagerada, que faz com que o usuário adote posturas que o colocam em risco, como o fato de parar com o tratamento. Conforme os dias transcorrem e os problemas começam a aparecer, essa nuvem se dissipa e a lua-de-mel acaba: o usuário tende a achar que seus problemas estão relacionados somente ao uso de drogas e quando ele se depara com situações conflituosas, há o risco de voltar ao uso. Por isso, é importante o profissional trabalhar com o adolescente a questão da recaída, identificando fatores de risco e de proteção.

Outro profissional ressalta que é preciso **valorizar o tempo de abstinência** que a criança e o adolescente conseguiu alcançar. É necessário mostrar para o usuário que pelo tempo que este ficou sem o uso, seja o tempo que for, é possível viver sem a droga: é preciso auxiliá-lo a acreditar em si mesmo, fortalecendo-o:

Mas eu acredito assim que o tempo ainda que seja pouco que ficou longe do crack é uma vitória para se comemorar, ‘ah eu fiquei um ano de boa’ como eles falam, ‘arrumei emprego, estava namorando, voltei a estudar, mas daí aconteceu alguma coisa e eu fui lá e voltei a fumar e recaí’. Eu acho que esse um ano é um ano vitorioso, é um ano em que a gente tem que bater na tecla com ele ‘está vendo, você conseguiu um ano, você pode conseguir ficar mais, pode ficar mais um ano de novo’. (Sujeito 14)

Verifica-se por meio desta fala, a utilização da entrevista motivacional enquanto estratégia de tratamento a usuários reincidentes no uso de crack. De acordo com Silva et al. (2010), a utilização desta estratégia tem se mostrado eficaz no atendimento de adolescentes em diferentes ambientes e modelos de atendimento.

O tratamento da dependência química é um desafio e não se constitui em um processo uniforme de progresso. As recaídas ocorrem, fazem parte

do tratamento e tudo isso faz com que os profissionais muitas vezes sintam-se limitados quanto à sua intervenção com relação ao tratamento da dependência de drogas. Percebe-se isso no relato de um profissional claramente, mas em várias outras entrevistas há declarações sobre a dificuldade em se trabalhar com essa população:

[...] a minha experiência em relação dependência química, o que me chama bastante atenção, é que a gente acaba vendo os pacientes recaindo, reinternando e a gente acaba ficando extremamente frustrado porque a gente não consegue ver uma grande melhoria. Claro que não se restringe só ao atendimento, eu acredito que teria que ter toda uma mudança, uma mudança familiar, um resgate de vínculos, que eles não tem nenhum. [...] De qualquer forma, o que eu sinto em relação ao atendimento é que a gente fica extremamente frustrado, eu, particularmente, me sinto um pouco amarrada em relação a toda a situação porque nós também não temos, assim, muito mais o que fazer. (Sujeito 8)

Assim, o tratamento de usuários de crack constitui-se em um desafio, em uma construção e reconstrução constante. No item a seguir, serão apresentados os limites, desafios e possibilidades apontados pelos profissionais quanto a este tratamento.

## 4 LIMITES, DESAFIOS E POSSIBILIDADES DO ENFRENTAMENTO DA DEPENDENCIA DE CRACK EM CASCAVEL

Este trabalho não pretende realizar uma avaliação do tratamento efetuado em Cascavel para a dependência de crack em crianças e adolescentes: o foco está nas estratégias e não nos problemas. Porém, para continuar avançando, é preciso verificar os desafios e limites para saber em qual sentido avançar. Assim, pretende-se neste item demonstrar os limites e desafios trazidos pelos profissionais e em seguida as propostas de superação dos mesmos e ações que já têm sido implementadas na ampliação e melhoria deste tratamento.

### 4.1 LIMITES E DESAFIOS

Questionaram-se os profissionais quanto aos limites e desafios encontrados no trabalho com crianças e adolescentes usuárias de crack. As respostas serão apresentadas pelo número de vezes em que foram citadas.

Uma dificuldade apresentada pelos profissionais é a realização da **referência e contra referência**. Dos 15 profissionais entrevistados, 8 mencionaram a dificuldade da referência e contra referência, da comunicação entre os serviços e do fluxo de encaminhamento:

[...] a rede como um todo, acho que ainda é precária, não há comunicação entre os serviços, a forma de encaminhamento a gente tem dificuldade na referência/ contra referência entre os serviços. [...]  
(Sujeito 7)

O fato da referência e contra referência serem limitadas, não dá uma perspectiva do resultado da intervenção, o que gera muitas vezes um sentimento de frustração, pois, na maioria das vezes, somente se tem retorno quando recaem no uso. Se houvesse uma comunicação mais efetiva entre os serviços, os atendimentos resolutivos poderiam ser apontados também:

[...] o que eu percebo, é que os encaminhamentos depois não têm um resgate em relação a essas crianças. Eu não tenho ideia de qual a porcentagem de recaída dos nossos adolescentes aqui porque no fim a gente acaba não sabendo o que aconteceu, outros acabam procurando o serviço novamente, outros acabam ficando abstinentes

ou no CAPS ou sem atendimento. Eu não tenho ideia. Mas me sinto extremamente frustrada nessa relação aí de dependência química, porque eu não percebo uma grande melhoria, comparado com os outros pacientes que eu acabo atendendo que não são dependentes químicos. (Sujeito 8)

Os encaminhamentos, em grande parte, são realizados obedecendo ao fluxo: o usuário passa por uma avaliação pelo CAPS ad que, em havendo necessidade, o encaminha para o HUOP ou para o MOLIVI. Quando o paciente está para receber alta do HUOP, é estabelecido o contato com o CAPS ad para agendamento de retorno. Avaliando-se a necessidade de encaminhamento para comunidade terapêutica ou outro internamento, entra-se em contato com o CAPS ad. No entanto, nem sempre é obedecido esse fluxo: nos casos de internamento por determinação judicial, o usuário não passa necessariamente pelo CAPS ad, vindo diretamente ao hospital ou via Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

No entanto, percebe-se que mesmo os pacientes que vem pelo fluxo já estabelecido, em geral chegam aos serviços tendo na referência poucos dados sobre o uso de drogas. Se houvesse maior repasse de dados entre os serviços na referência e contra referência, acredita-se que os casos evoluiriam mais rápido, pois a coleta de dados em geral começa do zero em cada serviço.

O Ministério da Saúde prevê a realização de um trabalho em rede, desde os serviços de atenção básica, até os mais complexos. Para que essa referência e contra referência ocorra de forma mais eficaz, um dos profissionais ressalta que é preciso que haja mais comunicação entre os serviços:

Acredito que a gente precisa pensar em estratégias conjuntas, de rever a nossa prática enquanto instituições que trabalham com o dependente químico. Planejar ações conjuntas entre a Atenção Básica e os serviços de Saúde Mental, como é que nós podemos trabalhar com esses adolescentes, envolvendo profissionais de outras secretarias e serviços. Definir as responsabilidades de cada serviço e investir em capacitações para profissionais que atuam sobre essa demanda. (Sujeito 12)

**Essa falta de diálogo e de interação entre os serviços** também foi apontada como um desafio a ser trabalhado. Seis profissionais apontaram a dificuldade de um diálogo aberto e a presença de visões diferenciadas entre os serviços:

[...] a gente tem uma rede, digamos, a gente tem, não é que a gente não tem, mas essa rede, não há um diálogo mais aberto com essa rede e as visões são muito diferenciadas e a gente não consegue às vezes andar na resolutividade, na diluição dessa droga pelo menos. [...] (Sujeito 11)

Eu acho que um desafio é a gente sentar com as pessoas que fazem parte do tratamento e conversar mais sobre os atendimentos. Não ficar assim cada um no seu mundinho. Eu acho que tinha que conversar mais e tentar achar essas estratégias, que nem você perguntou, porque de repente lá no hospital tem coisas que vocês já conseguiram ver que é uma estratégia, no CAPS a gente também conseguiu juntar essas estratégias e desafios, vamos dizer assim. (Sujeito 2)

Um dos profissionais relata que há a intenção entre os profissionais dos serviços trabalharem em articulação, para tratar de questões comuns, mas há dificuldade de execução dessa proposta:

[...] é uma alternativa que vem sendo há algum tempo discutida, esta interligação e esta troca de informação de dados, de criar um campo de dados comum. Mas não está acontecendo, tem certos empecilhos, a gente não consegue sentar, não consegue conversar, tem esta dificuldade. [...] tinha que estar sendo resolvido, participando de reuniões, de visitas técnicas, mas não conseguimos instrumentalizar, não sai do papel, não sai da boa vontade de alguns funcionários. [...] (Sujeito 14)

Cada profissional, cada serviço possui suas demandas e exigências próprias. Vários profissionais relatam estarem sobrecarregados com o que já realizam em seus serviços, o que limita a atuação intersetorial.

Outro profissional aponta a necessidade de os serviços melhorarem a comunicação para discussão de métodos de enfrentamento ao crack e outras drogas:

Existem coisas acontecendo, ações sendo efetivadas mas é pouco, acho que é pouco. Acho que a desafio neste momento é este: o que está acontecendo que não está dando certo e isso é fato, não está dando certo. (Sujeito 14)

A questão das reincidências dos usuários de crack no uso gera um ar de frustração com relação ao tratamento, fator este demonstrado por vários profissionais. Uma dificuldade na verificação de iniciativas resolutivas é que falta um acompanhamento após o atendimento em cada serviço. Cada serviço atende por um

período e repassa para o acompanhamento de outro serviço. Não há o acompanhamento dos resultados posteriores ao encaminhamento, não há a verificação, na maioria das vezes, da efetivação dos encaminhamentos:

Eu não tenho noção de quanto dos pacientes que internaram aqui quantos recaíram, quantos hoje estão na escola, quantos estão trabalhando, quanto que mudaram. Não sei, não tenho idéia. A gente não tem essa idéia, porque ele é só focalizado para o internamento. (Sujeito 8)

Os serviços relatam, em sua maioria, que somente tem informações sobre a recaída dos usuários quando estes retornam aos serviços. O encaminhamento parece não ocorrer de forma contínua, e a criança e o adolescente se perdem nessas transferências. Aponta-se para a necessidade de cada profissional reconhecer-se como co-responsável pelos casos:

O grande desafio eu acredito que é cada pessoa se perceber dentro desse processo. Que não é passar o caso para frente, não é fazer encaminhamento para outro setor. No momento em que acolho, que tomo conhecimento de um caso, tenho que ser corresponsável, tenho que me comprometer com esse caso. [...] (Sujeito 12)

Além da dificuldade de comunicação que a falha na referência e contra referência gera, ainda faz-se necessário discutir fluxos de encaminhamentos para que estes ocorram de forma mais rápida e efetiva, questão também colocada enquanto limite pelos profissionais. Profissionais de todos os serviços relatam dificuldades quanto ao **encaminhamento pós-atendimento**, para comunidades terapêuticas e outros serviços para acompanhamento posterior à alta do serviço, principalmente para adolescentes do sexo feminino:

Limites, eu acho que a gente tem que ampliar a rede, que nós contamos basicamente hoje em dia com aqui e o CAPS AD e existem as comunidades, mas elas não dão conta da demanda. [...] não consigo comunidade terapêutica para adolescente é difícil, é complicado, para menina então, pior ainda não existe é raro, é burocrático, o trâmite é complicado. Então não adianta, não adianta eu fazer meu serviço aqui e depois tudo se perde. (Sujeito 14)

Cascavel é o único município da 10ª regional de saúde que possui CAPS ad. Os demais contam com profissionais de saúde para atendimentos

individuais, programas de contra-turno escolar e programas sociais. A disponibilidade de comunidades terapêuticas não é padronizada: a partir de 2010 o Governo Federal lançou uma portaria possibilitando o cadastro de comunidades terapêuticas pelo SUS, mas esse processo ainda está em andamento. A disponibilização de vagas em comunidades terapêuticas dependem, assim, do pagamento das próprias famílias ou de convênios que alguns municípios celebra:

Na verdade, eu vejo que não tem um suporte para encaminhar depois da alta aqui. [...] hoje se atende quase 200 municípios da região, o hospital é referência para quase 200 municípios. E na verdade, após a alta esse adolescente não tem um acompanhamento efetivo em nenhum lugar às vezes para estar encaminhando para que eles tenham algum tipo de acompanhamento. [...] Hoje o CAPS ad faz o acompanhamento aqui em Cascavel. Mas em outros municípios não tem CAPS, então eles acabam voltando para a própria secretaria de saúde e tem acompanhamento só com o serviço social ou só com a psicologia. (Sujeito 15)

Essas parcerias, no entanto, dependem de cada município e não são todos os que possuem parcerias. Outra forma de encaminhamento de crianças e adolescentes para comunidades terapêuticas é por meio de uma central de vagas, ligada à Secretaria da Criança e da Juventude, que a partir de 2010, por meio da Deliberação Nº 006/2010 <sup>54</sup> do Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente, passou a repassar recursos financeiros a essas instituições, possibilitando tratamento de forma gratuita. No entanto, para ter acesso a essa central, faz-se necessário uma determinação judicial. Este encaminhamento muitas vezes é moroso e não se constitui em garantia de realização do encaminhamento, já que mesmo com determinação judicial, a alocação de vagas somente será feita com anuência do usuário, o que dificilmente ocorre tratando-se de crianças e adolescentes. Fica-se, assim, sem local para a realização de encaminhamentos.

Ainda, alguns casos de usuários crônicos de crack precisariam de um tempo maior de afastamento do meio, tratando em serviços fechados pela dificuldade de adesão ao tratamento.

No item relativo ao tratamento do crack, observou-se que a indicação em alguns casos crônicos tem sido o de internamentos mais prolongados. No entanto, há dificuldades para conseguir esses encaminhamentos:

---

<sup>54</sup> Informações disponíveis em [http://www.secj.pr.gov.br/arquivos/File/Deliberacao\\_CEDCA006.pdf](http://www.secj.pr.gov.br/arquivos/File/Deliberacao_CEDCA006.pdf)

[...] essa dificuldade de às vezes conseguir internamento. A vaga tem, mas pode demorar, às vezes um paciente mais grave tem que ficar numa fila de espera, ou o paciente tem que ficar por mais tempo internado e não consegue ficar. (Sujeito 6)

Não existe, pelo que se tem conhecimento, serviços para internamentos mais prolongados, e conseguir-se encaminhar o usuário de um internamento para outro na tentativa de prolongar esse afastamento é dificultado pela demora em conseguir-se um leito. O encaminhamento torna-se ainda mais difícil quando se trata de crianças e adolescentes do sexo feminino, pois as vagas são reduzidas a esse público tanto em comunidades terapêuticas conveniadas como em hospitais. Sabe-se que a incidência na dependência química ocorre de forma mais incisiva no sexo masculino, mas não se pode deixar de verificar formas de encaminhamento e tratamento para o sexo feminino. Acredita-se que é preciso que os serviços e níveis diferenciados de atenção discutam formas de desburocratizar e agilizar os encaminhamentos.

Os encaminhamentos para outras políticas também apresenta-se limitado e burocrático:

Mas ainda o que a gente faz é muito pouco porque a gente não tem muita abertura para inserir. E aí tem algumas exigências, por exemplo, eles até gostariam de fazer mecânica no SENAI, SENAC, mas eles não tem escolaridade muitas vezes para isso. Mas eu entendo que ainda é o que garante para gente muitas vezes que ele não volte: é essa perspectiva de futuro, é saber que a gente vai inserir ele em projeto e daí ele vai ou num trabalho, que ele vai ter uma estrutura. (Sujeito 9)

Outro profissional aponta que **os encaminhamentos não são feitos pelo que é indicado enquanto melhor estratégia, mas pelo que está disponível:**

[...] acredito que tem paciente que sim, que são encaminhados para CAPS porque eles vão responder melhor em CAPS e outros que são para comunidade terapêutica porque realmente vão responder melhor em comunidade terapêutica. Mas nem sempre é dessa forma que eu acabo tendo que encaminhar. Às vezes eu tenho que encaminhar porque que é o que o município tem de serviço. (Sujeito 8)

Cinco profissionais apontaram para a **necessidade da ampliação da atenção básica aos usuários de SPAs**, por meio das Unidades Básicas de

Saúde, escola e outros serviços mais próximos dos usuários para o diagnóstico precoce da dependência química. O diagnóstico precoce, no entanto, é um desafio:

Eu percebo que é difícil você chegar, por exemplo, para uma família, para uma mãe e dizer “olha, seu filho há suspeita de que ele é usuário de droga e vai ser encaminhado para o CAPS para uma avaliação”. Eu penso que essa abordagem é complicada, até pelas escolas, pelas unidades básicas, é difícil você chegar para uma mãe ou para um pai e dizer que o filho está comprometido. E aí vem muito mais pelo conselho tutelar porque é pego em situação, o conselho tutelar encaminha porque estava envolvido numa briga, porque incomodou na escola, então o conselho encaminha. Que a gente percebe, o nosso conselho tutelar também tem muitas falhas, é muito falho. Eu percebo que não tem comprometimento, são poucos os conselheiros que tem um comprometimento maior, uma responsabilidade de realmente trazer, de abordar, de sugerir, encaminhar. Encaminham muito pouco em relação a tudo o que tem de situações quando envolve adolescentes. Então essa parte eu acho que é uma situação muito delicada. Uma coisa muito delicada você chegar para um pai ou uma mãe e dizer que o filho é usuário, ou que tem suspeita, ou que ele precisa ser avaliado. (Sujeito 5)

De acordo com o Art. 131 do ECA, o Conselho Tutelar deve zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Considerando que esta lei estabelece que essa faixa etária possui os mesmos direitos de qualquer cidadão, entre eles o direito à vida, e como encontram-se em desenvolvimento, a proteção de crianças e adolescentes da dependência química e o encaminhamento para tratamento é um dever do Conselho Tutelar. Percebe-se que muitas famílias desconhecem o fluxo de encaminhamento da saúde e buscam auxílio junto ao Conselho Tutelar. Este órgão, portanto, possui extrema relevância para a ampliação do atendimento de crianças e adolescentes dependentes químicos.

Outros profissionais apontaram que **faltam serviços na saúde mental para adultos.**

Na rede de atendimento aqui em Cascavel para trabalhar com criança e adolescente, o CAPS ad, o CAPS i e agora o projeto de implantação de Casas de Acolhimento Transitório. Mas para adultos, se você for ver, o município não tem. É um município de 300 mil habitantes hoje. (Sujeito 15)

Essa falta de serviços para adultos dificulta, além do seguimento do tratamento do adolescente após ele completar 18 anos, o tratamento de membros

da família dependentes químicos, o que se torna um fator de risco para a recaída das crianças e adolescentes no uso.

Oito profissionais citaram o próprio **trabalho com adolescentes**, como um dos desafios.

O desafio é ter vínculo com os adolescentes. [...] o desafio é muito grande, porque eles são, querendo ou não, adolescentes e são difíceis de lidar. Então usuário, é ainda mais complicado. A gente tem esse desafio de tentar dar afeto para eles ver que aqui dentro do serviço eles podem ter um refúgio para eles, dentro dos nossos serviços. Eu acredito que seja esse o nosso desafio. (Sujeito 10)

Um dos profissionais aponta que além das características da própria adolescência que desafiam o trabalho com este público, **os que estão mais comprometidos com a droga não aderem ao tratamento:**

[...] Para o adolescente tudo é dificultoso. Quer dizer, quem comparece são aqueles adolescentes que não estão tão comprometidos com a droga, esses acham o máximo vir. Só que em dois, três meses vai dar alta, porque ele não está tão comprometido. Então aqueles que são casos graves não vem para o tratamento. (Sujeito 2)

Outro profissional apontou que além da motivação, é preciso que se deem as condições de acesso para que o adolescente e a família tenham essa adesão ao tratamento:

Com relação à adesão tem que se trabalhar muito com relação a essa questão motivacional mesmo, envolvendo não só o adolescente, a família, para que ele tenha esse discernimento de dar importância a esse tratamento. Além disso, a gente tem que pensar não só na questão individual que é o adolescente que tem que fazer o tratamento. Acho que tem que pensar em todo o contexto desse adolescente, não adianta ele estar motivado para fazer esse tratamento e de repente ele precisa ir fazer o acompanhamento e ele não tem o vale transporte, ou não tem quem acompanhe. Então a questão da estrutura e todo o contexto tem que permeia tem que ser visto também. Não adianta dizer, fazer com que esse adolescente se sinta motivado para fazer o tratamento e não dar condições para que isso aconteça. (Sujeito 13)

Além das características da própria adolescência já apontadas em item anterior, seis profissionais apontaram a **dificuldade de acesso aos serviços.**

A distância e o número restrito de horários de ônibus acabam dificultando o acesso a alguns serviços:

[A adesão dos adolescentes] é uma dificuldade pelo fato da distância que a gente tem. Tem a questão que para chegar aqui no horário tem que acordar muito cedo, muitos não acordam pelo fato da medicação, isso se torna tudo um transtorno. O ônibus passa só de 1 em 1 hora, e olha lá quando passa. As vezes passa uma hora e depois só vai passar às 4. Então tem essa complicação sim. (Sujeito 10)

Além da dificuldade de transporte e distância, os profissionais citaram a necessidade de **mais investimentos na estrutura tanto física quanto de pessoal**. No levantamento do perfil dos profissionais, verificou-se que vários trabalham em mais de um serviço ou setor, o que os sobrecarrega. Segundo os profissionais entrevistados, precisaria haver dedicação exclusiva para o atendimento nos serviços citados:

[...] eu vejo que a gente precisaria melhorar para o serviço seria isso, melhoria desses espaços, mais espaço físico, mais profissionais que pudessem atuar, profissionais com uma carga horária maior ou específicos para poder se dedicar a esse trabalho, para poder melhorar esses atendimentos. (Sujeito 7)

Os profissionais citam também a necessidade de maior investimento na estrutura física dos serviços e a dificuldade financeira na manutenção de certos profissionais fixos, o que faz com que sejam inseridas pessoas voluntárias no trabalho:

[...] na verdade nós contamos muito com assistencialismo e os convênios que a gente faz. Porque a gente não consegue manter e ficar pagando um professor de hip hop, um professor de violão. Não tem condições financeiras para isso. (Sujeito 1)

Outro desafio citado pelos profissionais é a **dificuldade de adesão das famílias** destas crianças e adolescentes ao tratamento, que acaba colaborando para o abandono do adolescente ao tratamento ou sendo reflexo deste abandono:

Geralmente a família ela pouco interage no tratamento [...] a gente vê que as famílias geralmente acham que o problema não é com elas,

que o problema é só do adolescente. E se a gente não tem o envolvimento da família, o tratamento é bem mais difícil. (Sujeito 2)

Além disso, os profissionais citaram enquanto limite a **dificuldade de compreensão das famílias sobre o tratamento**: acham que o filho sairá curado e o internamento muitas vezes é visto pela família como descanso:

[...] a família não vem muito, literalmente falando a família quer mais é se ver livre porque está dando problema lá. Eles não tem muita participação na vida dele [...] (Sujeito 4)

No entanto, alguns profissionais apontam que a falta de adesão de algumas famílias decorre da **falta de assistência de outros municípios no auxílio com transporte** para a realização das visitas:

Nós temos adolescentes que ficam [...] e a família não vem fazer uma visita. Por que não quer? Não! Porque não tem condições financeiras para isso. Então é difícil. Aí é falha do sistema. Agora, os adolescentes aqui de Cascavel a família vem, é bem participativa, tudo e isso ajuda bastante. (Sujeito 1)

Verifica-se, por meio do trabalho realizado, que crianças e adolescentes são encaminhados de lugares afastados de Cascavel para o HUOP e MOLIVI, porém, nem sempre é garantido o acesso dos familiares para as visitas, o que dificulta o tratamento, já que há a necessidade de também intervir-se junto à família destes usuários.

**A família também precisa ser assistida**, conforme coloca um dos profissionais, o que pode colaborar para uma melhor adesão do usuário ao tratamento:

Às vezes o que poderia melhorar é a família ter um pouco mais de apoio [...] do sistema público, geralmente muitos problemas com drogas podem ser ajudados para a família, como a moradia, ou até familiares com algum tipo de doença também pode prejudicar. Já atendi até alguns pais de adolescentes usuários que tinham problemas com alcoolismo que também pude ajudar [...]. (Sujeito 6)

Seis profissionais colocaram enquanto dificuldade para o trabalho a permanência da **concepção moral da dependência química e de preconceito**, não só na sociedade como um todo, mas também entre profissionais de saúde:

É um caminho longo, mas assim, o que eu penso que deveria ser feito. Primeiro, eu acho até com os próprios profissionais de saúde mesmo, existe muito preconceito sobre os usuários. As pessoas ainda vêem o uso de drogas como uma questão moral. (Sujeito 7)

Essa compreensão moral sobre a dependência química influencia negativamente nos encaminhamentos, pois muitos profissionais da rede básica de atenção à saúde acabam não encaminhando por não considerarem enquanto um problema de saúde:

A questão das abordagens, dos encaminhamentos também é um nó. Quer dizer, poucas pessoas encaminham. [...] Existem dois fatores que eu acho: um é preconceito, porque dependente químico eles veem muito mais como defeito de caráter do que problema de doença, mesmo pelos profissionais de saúde, e outra pelo medo. Eles tem muito medo, medo de traficante, medo do próprio usuário, então é uma população que de uma certa forma ela dá medo, tem muita fantasia. E aí eu acho que por conta disso eles deixam de fazer encaminhamento, de abordar, porque tem receio de como esse adolescente vai reagir. [...] Então eu acho que tem uma coisa da cultura do medo e principalmente “ah, isso não é problema de saúde, isso é sem-vergonhice, faz porque quer”. Tem a coisa do senso-comum, de ainda não ver a dependência química como uma doença. (Sujeito 9)

Os profissionais citaram a dificuldade de adesão dos usuários e suas famílias ao tratamento, mas também se percebe, pelas falas dos profissionais, resistência na adesão de serviços da rede a este tratamento.

Cinco profissionais apontaram para a necessidade de **maior investimento em prevenção e no pós-tratamento**.

[...] um dos limites, na verdade, é a falta de investimento em prevenção, acho que já começa daí. Na minha opinião, tem muito pouco investimento em prevenção, é um limite, na verdade. A gente acaba sempre trabalhando no final de toda a corrente, lá no início dessa corrente não está tendo um investimento adequado. Eu vejo que se investe muito no trabalho curativo e se investe muito pouco ainda no preventivo. Eu acho, na verdade, olhando especificamente a questão das UBS, não tem um trabalho de prevenção adequado, não tem um trabalho com as famílias, não existe um trabalho de prevenção com as próprias crianças e adolescentes. Eu acho que se espera muito que tenha um trabalho de outras secretarias, como a secretaria de assistência, da própria educação, mas a saúde mesmo, os trabalhos que a saúde desenvolve ainda é muito pouco em relação ao trabalho de prevenção. [...] (Sujeito 3)

As ações tem focado o aspecto curativo e não preventivo de modo geral. Por outro lado, o não acompanhamento após o tratamento em um serviço desconsidera o fato de que a dependência química não tem cura, mas controle e, para tanto, faz-se necessário o acompanhamento a longo prazo. Percebe-se por meio da prática, principalmente com relação a municípios onde não há CAPS ad, a dificuldade de compreensão da necessidade de continuidade do tratamento e da efetivação deste acompanhamento: muitos municípios possuem poucos profissionais para diversas funções, o que, por vezes, limita o atendimento, e poucas opções de serviços para inserção das crianças e adolescentes.

Um dos profissionais coloca que a **prevenção ao uso de drogas deveria ser trabalhada mais na escola**:

[Teria que ter] mais serviços e trabalhar mais a prevenção. Você vê, hoje em dia quase não se fala em drogas na escola. Deveria ter matérias específicas, trabalhar na prevenção, antes da criança começar a usar. Depois que usa daí o trabalho já é totalmente diferente. (Sujeito 1)

Também durante o tratamento, **o acompanhamento não deveria ser exclusivamente realizado por serviços de saúde mental**. CRAS e UBS também poderiam auxiliar a monitorar esse usuário para, em acontecendo recaída, realizar nova intervenção o mais breve possível, acompanhamento que poderia ser continuado após a alta dos serviços de saúde mental no auxílio à reinserção social, grande desafio colocado pelos profissionais.

[...] Acho que falta a gente fazer uma amarra, não sei como também, mas acho que assim a gente conseguir fechar mais talvez com os CRAS, com as UBSs que a gente tivesse esse contato e conseguisse monitorar melhor esse adolescente para que ele não se perca no caminho. Porque se ele sai do internamento e não vem para o CAPS é porque ele já voltou para o uso da droga. (Sujeito 2)

**A falta de investimentos e incentivos para a capacitação** é citada por 33% dos profissionais enquanto um limite:

[...] eu vejo que a maior limitação para esse trabalho de enfrentamento seria muito mais a capacitação, porque se exige muito do profissional. Se exige muito do profissional e o profissional acaba se exigindo muito, porque quando ele chega e se depara com a realidade, eu me vejo dessa forma, se depara com a realidade, as

condições dos adolescentes, das crianças e aquilo já exigia um período maior de estudo, um período maior de aprofundamento teórico. E muitas vezes, pela demanda que a gente tem, que é bastante grande, às vezes a gente não consegue dar conta de estar estudando, de estar correndo atrás. (Sujeito 3)

Além da capacitação, é apontada a necessidade de os profissionais que trabalham na área terem afinidade com o tema, busquem capacitação para lidar com a frustração das recaídas. Outro limite para a capacitação é o limite financeiro:

[...] Para participar de um congresso é uma briga muito grande, mesmo assim é difícil de conseguir. A pós também só aquelas que são gratuitas, porque as pagas não tem incentivo. Então é difícil, você não tem um incentivo salarial diferente, não tem nada. Pelo contrário: eles cobram bastante e você não tem diferente. (Sujeito 5)

Acho que o maior limite mesmo é a gente ter profissionais que gostem desse trabalho, que se identifiquem com ele e que busquem se capacitar. A gente tem aí todo o ministério da saúde, a Secretaria antidrogas investindo em cursos, capacitações, mas às vezes os profissionais não conseguem por questões financeiras eles estarem se capacitando. (Sujeito 11)

Ainda, outro profissional enfatiza que a capacitação deve ocorrer de forma contínua, que reflete a ideia da educação permanente, para tentar-se acompanhar as mudanças sociais:

[...] eu vejo que se investe muito pouco em capacitação. Por mais que se tenha uma especialização que o pessoal está fazendo agora, que alguns técnicos estão fazendo agora, eu vejo que ainda falta muito isso, muito da capacitação. Porque é algo que assim, você pensar em criança e adolescente, você tem que pensar que eles estão inseridos numa sociedade. E essa sociedade ela está em constante transformação e várias demandas estão surgindo. Só que a gente nunca está pensando na mesma velocidade que essas mudanças estão acontecendo. Então eu vejo que tinha que se ter muito mais capacitação justamente pensando nessas mudanças que estão acontecendo de forma muito rápida. [...] (Sujeito 3)

A respeito do acesso limitado à capacitação, três profissionais citaram enquanto dificuldade a **escassez de literatura específica sobre crianças e adolescentes dependentes químicos e falta de parâmetros**, conhecimento sobre experiência de outros locais nesse trabalho:

Mas é um trabalho assim bem, bem difícil porque você não encontra quase nada na literatura, você não tem assim um parâmetro para você dizer “olha, vou seguir esse método aqui que está dando certo lá”, não tem. (Sujeito 1)

Trabalho com crianças e adolescentes quase não tem muita coisa. A gente percebe quando vai a encontros, congressos, que pouquíssimos lugares trabalham especificamente com crianças e adolescentes. Eles têm experiências muito mais com adultos. Então isso já é uma dificuldade de a gente ter acesso de como trabalhar com eles. (Sujeito 11)

Houve relatos de profissionais sobre a falta de capacitação antes de iniciar o trabalho: começaram para ir aprendendo com a prática. Há essa necessidade de capacitar:

[...] primeiro passo é estar capacitando a gente, nos capacitando. Porque simplesmente a gente chega aqui, entra no setor e começa a trabalhar da forma como você acha. Eu acho que deveria ter mais discussões com outros profissionais, outros serviços, de a gente estar trocando experiências, trocando idéias de “assim está bom”, que tipo de experiência positiva já teve, de que forma faz o tratamento. Então eu acho que falta capacitação para gente, tanto na forma de como lidar com eles como a forma de tratamento, de estar trabalhando [...] (Sujeito 15)

A troca de informações entre os serviços pode servir enquanto um instrumento para a qualificação da intervenção. No caso do HUOP, o serviço oferecido de ala para desintoxicação em hospital geral é, pelo que temos conhecimento, o único do Paraná e um dos poucos no Brasil pelas informações colhidas na Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. Existem outros hospitais no estado que realizam desintoxicação, mas tratam-se de hospitais psiquiátricos. A troca de informações com outros serviços com as mesmas características poderia auxiliar na execução dos serviços desta unidade.

Dos profissionais entrevistados, 26% apontaram a dificuldade de **trabalho intersetorial**:

[...] Considero que isso ainda falta bastante aqui em Cascavel: esse compromisso, principalmente das secretarias municipais, que são várias, que devem estar envolvidas nessa rede. E de não imaginar que o dependente químico é só problema da saúde. Porque na verdade ele é um problema de todos nós. Eu acredito que esse é o grande desafio que nós temos que enfrentar. A dificuldade é poder contar que essas pessoas venham para discutir pelo menos para

estruturar essa rede e se sentir responsáveis por esse processo.  
(Sujeito 12)

Pelos relatos dos profissionais, percebe-se que serviços de outras políticas, como educação, cultura, esportes e assistência social possuem **dificuldade em visualizar o usuário de drogas enquanto sujeito de seu trabalho:**

[...] ainda tem hoje o olhar muito assim “não, vocês são o local que vai estar trabalhando tudo isso”, é a saúde ou o trabalho do CAPS em específico. E daí joga a responsabilidade totalmente para o CAPS [...].(Sujeito 3)

Um dos profissionais aponta para o fato de que a saúde está assumindo a questão da dependência química para si, o que também é recente, mas que **não percebe esse esforço de outras políticas:**

[...] na escola eu não percebo uma mudança, uma tentativa diferente de tentar chamar a atenção deles pra resgatar, para estar tentando fazer um vínculo. Ou os que já têm 17, estão chegando aos 18 anos, que pudessem ter algum tipo de atividade, de trabalho, mas algo assim, que realmente tivesse relacionado ao prazer, porque senão eles acabam não mantendo o vínculo. Eles começam assim “ah não, isso não pode, isso eu não quero, aquilo não gosto”. Então eu acredito assim: houve uma mudança. A saúde está tentando assumir isso para a saúde, mas eu não percebo que há uma mudança na educação, uma mudança na parte social, de tentar fazer algum tipo de trabalho junto, conjunto. (Sujeito 8)

O CAPS ad e os demais serviços partícipes desta pesquisa constituem-se nos locais de tratamento gratuito para criança e adolescente dependente químico, mas este enfrentamento à dependência química não depende apenas da saúde. A própria política de enfrentamento ao crack lançada em 2010 foi instituída de forma intersetorial, com responsabilidades de diversas políticas. **É preciso criar fluxos de referências e contra referências intersetoriais também:**

[...] A questão do trabalho em rede que ainda é um problema bastante sério, das referências e contra referências, do trabalhar em conjunto, de saber que todo mundo, inclusive não só dentro da área de saúde, mas o que a assistência social está fazendo por essa família, o que a educação está fazendo. Então a gente precisa trabalhar a questão da intersetorialidade. (Sujeito 9)

Três profissionais citaram que há um desconhecimento sobre os serviços de saúde mental existentes no município de Cascavel pela população em geral e até por profissionais de outros serviços, sendo necessária uma **maior divulgação sobre os serviços existentes e maior debate sobre drogas:**

Eu acho que esse é o maior problema que a gente tem, porque às vezes a rede do município não conhece o que é o serviço [...], o tratamento com adolescente, o que tem no município que oferece tratamento para o usuário de droga. Muitas UBSs não sabem. Muitos serviços de Cascavel não sabem. [...] Então essa é a dificuldade maior, que entre a rede é essa: um não conhece o outro. (Sujeito 10)

Outro profissional aponta também a necessidade de repassar informações sobre as drogas para a população se instrumentalizar, para que percebam mudanças de comportamento e busquem auxílio logo no início do uso.

[...] acho que falta a gente passar mais informação pra comunidade, para as famílias, para que busquem o recurso, que eles percebam essa mudança de comportamento da criança ou do adolescente, para que busquem o tratamento mais rápido e a gente consiga fazer com que essa rede funcione. (Sujeito 2)

Foi citado por 33% dos profissionais a **falta de apoio de gestores dos serviços e de interesse político** enquanto dificuldade para efetivação do atendimento a crianças e adolescentes dependentes químicos:

Há uma necessidade dos gestores, sejam eles municipais, estaduais, estarem comprometidos com isso, com essa política, porque esse problema é de saúde pública e eles estarem investindo nisso. (Sujeito 11)

Essa falta de apoio político é reconhecida pelos profissionais através do **repasso de verbas restrito, das dificuldades em conseguir as solicitações, da falta de apoio financeiro** e de capacitação, conforme já citado anteriormente:

[...] eu acho que falta vontade política também. Não adianta eu ter a boa vontade de um lado, alguém ter a boa vontade do outro lado, a gente tem que ter o apoio de alguém tem que ter a vontade política. Não adianta eu querer chegar aqui no meu setor e dizer que eu vou instituir tal coisa aqui dentro. Não, precisa a aprovação da minha direção [...]. A gente não tem sozinho força, nós precisamos pressionar políticos, secretário de saúde, promotor da infância,

promotor da saúde, tem que pressionar, tem que ter força política para as coisas acontecerem.(Sujeito 14)

Essa falta de interesse político parece se refletir na burocracia dos encaminhamentos de projetos e liberação de verbas:

[...] eu particularmente acho, isso é minha opinião pessoal, que os governantes não estão interessados, cada vez que você vai pedir alguma coisa, a exigência burocrática é muito grande. (Sujeito 4)

Não basta haver profissionais nas equipes comprometidos com o trabalho se não houverem políticos e dirigentes comprometidos com esse atendimento. Uma forma de mobilização política pode ocorrer por meio dos conselhos de direito, tanto da Criança e do Adolescente, quanto da Saúde e do Conselho de Políticas sobre Drogas.

Outro desafio apontado por dois profissionais é a **necessidade de haver um combate maior ao tráfico de drogas**, por se configurar como um fator de risco para o uso e para a recaída no uso:

[...] eu acho que deveriam ter medidas para combater as drogas um pouco mais, para não ter tanto acesso, não ser tão fácil dessa forma. Porque enquanto não se combater com mais eficácia, a droga vai estar no meio, o acesso fácil. (Sujeito 15)

O desafio de até de combater o tráfico, de diminuir a quantidade de droga disponível, de maior controle e fiscalização isso poderia até ajudar. (Sujeito 6)

Um desafio interessante apontado por um dos profissionais entrevistados é a **necessidade de haver um enfrentamento planejado do Estado frente à questão das drogas**. Este profissional aponta que historicamente, o enfrentamento do Estado à problemática de drogas tem sido sempre emergencial. É preciso construir uma política para funcionar a longo prazo, com base em estudos científicos:

O maior desafio eu acho é ter uma política que possa funcionar a longo prazo. O que a gente vê, das últimas políticas de álcool e drogas, que foram medidas emergenciais, as vezes nem tão divulgadas. Eu acho que não existe ainda uma política sólida. Porque eu acho assim quando você tem álcool e drogas, o crack e as demais drogas, você não pode pensar, numa política de prevenção, só

investir em polícia, só investir em saúde. Eu acho que tem que ter uma política integrada. E na saúde o que a gente vê é isso: o que foi feito até agora, foi feito de maneira emergencial. E eu acho assim, primeira coisa, fazer um estudo maior, apesar de que a gente vê que cada vez mais está aumentando o consumo de crack, mas o Ministério da Saúde fala que não há uma epidemia, que não há. Então a primeira coisa eu acho é: há ou não há uma epidemia? Em que proporção? Se a gente for pensar a nível nacional a gente tem uma proporção. Eu acho que essa proporção é muito maior do que se pensa. Então primeiro teria que se definir isso para poder realmente implementar uma política de prevenção. Definir recursos, quais recursos vão ser alocados pra desenvolvimento dessas ações? (Sujeito 7)

Outro limite apontado por alguns profissionais refere-se à **medicação disponível**, que é limitada e não são as melhores existentes que estão disponibilizadas no sistema público de atendimento:

[...] existem outras medicações que poderiam nos auxiliar um pouquinho mais em situações, assim, de a gente tentar diminuir a impulsividade [...] Melhorias de anti-depressivo, porque na verdade a gente usaria um anti-depressivo a longo prazo. [...] a gente teria que estar usando anti-psicóticos melhores. Muitos tem comorbidades, déficit de atenção, hiperatividade, nós não temos nenhuma medicação para déficit de atenção. Então a gente teria que dar uma melhorada em termos de medicação. Porém, são medicações muito mais caras. E como eu falei, por ter uma certa resistência, a gente acaba não tendo uma grande melhoria em relação a medicação. (Sujeito 8)

Pelo fato de as medicações disponíveis ocasionarem alguns efeitos colaterais, há uma **dificuldade das crianças, adolescentes e suas famílias seguirem com o tratamento medicamentoso**, que é um dos tratamentos indicados, principalmente para usuários de crack:

A pessoa acha que não quer, não precisa tomar o remédio, ou às vezes quando toma o remédio tem os efeitos do remédio, que deixa a pessoa um pouco mais sedada, um pouco diferente, ela já não gosta disso, aí não quer tomar a medicação. (Sujeito 6)

Porém, outro profissional considera que o tratamento medicamentoso poderia ser diferenciado para facilitar a adesão dos adolescentes e famílias:

Eu acho que dão muito medicamento para eles [...] Dentro do hospital eles tomam porque vai lá uma pessoa e dá. A família não faz isso, e eles acham que é para ficar chapado, e não deixa de ser, porque os remédios chapam mesmo. Então eu acho que isso é um complicador para o tratamento, para a saída deles. Parece que eles saem mais fissurados para usar. Não sei isso é aleatório, mas acho que é uma coisa que deveria ser pesquisado e talvez tentado pensar em mudar, essa estratégia de tanto medicamento. (Sujeito 2)

Verificou-se uma discordância quanto ao tratamento medicamentoso aplicado em diferentes serviços. Este é um tópico que também precisa ser discutido entre os serviços.

Considerou-se extremamente relevante a necessidade apontada por um dos profissionais de **os serviços precisam conhecer melhor a sua demanda, realizando mais pesquisas:**

[...] eu acho que o tratamento é algo muito complexo e acho que a gente está ainda caminhando, engatinhando nessa parte de tratamento e acho que ainda falta muito, até mesmo de estudos, pesquisas que são bem poucas nessa área também, até para a gente saber de hoje, de todas as instituições que oferecem tratamento, qual é o índice que você tem de reinternação? Qual é o índice que você tem de efetividade? Acho que isso não tem nos serviços. Nos poucos serviços que existem, você não tem estudos. Então eu acho que as vezes a própria instituição não conhece o seu trabalho, não sabe da efetividade do seu trabalho. Então eu acho que tem muito trabalho ainda. Se a gente não conhece o que a gente faz, como é que a gente vai saber se nós estamos ou não no caminho certo, se ele está sendo efetivo? É uma pergunta que eu me faço as vezes. (Sujeito 7)

A necessidade de realizar estudos, pesquisas sobre o público atendido, sobre as dificuldades, os reinternamentos é de extrema importância para direcionar o planejamento de acordo com as necessidades postas. Verificou-se que há necessidade de ampliar essa prática no atendimento a crianças e adolescentes dependentes químicos de forma geral.

Os profissionais citaram também a necessidade de **ampliar os serviços já existentes e implantar novos serviços:**

[...] que tivessem mais programas também de tratamento: ampliação desses leitos hospitalares, ampliação dos CAPS que eu acho ainda que é em número insuficiente nos municípios, até mesmo aqui em Cascavel. (Sujeito 7)

**Contraditoriamente, todos os serviços participantes na pesquisa não estavam no atendimento de sua capacidade total:**

[...] a quantidade de adolescentes que a gente tem aqui é muito pequena em relação ao número de usuários. [...] E eu acho que o desafio é trazer mais adolescentes para o tratamento. Deveria ter muito mais adolescentes. (Sujeito 5)

Todos os serviços pesquisados contavam com vagas disponíveis para adolescentes na época da pesquisa, não estavam atendendo na sua capacidade máxima. A adesão das crianças e adolescentes é um desafio para o tratamento, principalmente em nível ambulatorial.

Cascavel ainda tem um longo caminho a percorrer para a instituição de uma política integrada de atendimento a crianças e adolescentes dependentes de crack e outras SPAs, mas se comparado a outros municípios da região, já avançou muito:

Eu acho que aqui em Cascavel até que a coisa está bem engrenada. A gente tem feito as reuniões, tem se buscado um contato maior, a gente está sempre se falando com o CAPS. Eu tenho visto um maior entrosamento, está todo mundo muito disposto a trabalhar, os serviços, [...] Eu acho que Cascavel está bem. A gente vê outros municípios que estão numa situação bem mais difícil. Então eu acho que Cascavel está caminhando para uma coisa boa. Vai demorar, mas vai chegar lá. (Sujeito 1)

Verifica-se que vários são os desafios para a realização de um acompanhamento efetivo para crianças e adolescentes dependentes de crack. Entre os desafios citados, ressalta-se a importância da realização de mais pesquisas nos próprios serviços, a fim de definir perfil dos pacientes atendidos e assim, direcionar o atendimento de acordo com as necessidades postas. Ressalta-se também o desafio do trabalho intersetorial para o enfrentamento do crack. A seguir, serão apresentadas algumas possibilidades da rede de saúde mental frente a alguns dos desafios apresentados.

## 4.2 POSSIBILIDADES FRENTE AOS DESAFIOS E LIMITES

Como o foco do trabalho é o de levantar estratégias e possibilidades, e não apontar as falhas, são trazidas agora algumas propostas frente aos limites e desafios colocados pelos profissionais.

Quanto à **referência e contra referência**, os profissionais sugerem a criação de instrumentos de referência e contra referência mais completos: atualmente, a maioria dos encaminhamentos conta apenas com informações limitadas sobre o usuário encaminhado (dados pessoais e droga(s) de uso). A sugestão que se dá é que os serviços repassem informações relativas ao histórico do uso da(s) droga(s), histórico familiar e de tratamento, entre outras informações que julgarem-se necessárias.

Como é que a gente sabe se o tratamento realmente foi efetivo? Então precisa a criação de instrumentos ou de uma avaliação que possa ter um acompanhamento a longo prazo para ver onde é que foi parar. (Sujeito 9)

Um dos profissionais aponta como estratégia o **acompanhamento do usuário mesmo após o término do tratamento**:

[...] eu sempre faço visitas esporádicas para ver como está à situação [...] Já aconteceu de eu ir lá e ver como está o interno. Se ele teve uma recaída à gente dá um jeito para trazer ele novamente é um caso que já aconteceu, e a gente procura encaminhá-lo para cursos também. [...] Geralmente uns três meses depois que saem daqui [continua acompanhando], porque daí a gente já vê a situação para encaminhar ele para cursos, e a gente procura cursos gratuitos [...]. (Sujeito 4)

Considera-se esta uma estratégia importante: não realizar apenas o encaminhamento para outro serviço, mas verificar se ele realmente foi efetivado e em conjunto com outros serviços, planejar o acompanhamento de cada caso.

Um dos profissionais aponta para o **envolvimento do CRAS e UBS durante o tratamento** para auxiliar no acompanhamento desta criança e adolescente. Este contato tem sido realizado, no caso das UBSs, por meio do projeto de matriciamento:

[...] a ideia é ajudar as UBSs a entender que os problemas de saúde mental, de transtornos, dependência química são problemas de saúde e devem ser tratados dentro do contexto de sua comunidade. Esse matriciamento seria uma equipe multidisciplinar que iria à unidade básica, fazer um estudo de caso, trabalhar propostas de treinamento para dar suporte para que essa unidade seja resolutiva em alguns casos lá. Casos que sejam leves e moderados e só os graves fossem encaminhados. Que eles tivessem instrumental suficiente para lidar com o problema dentro da unidade, assim como eles lidam com qualquer outro tipo de problema. Então, por exemplo, eu poderia saber que eu tenho uma população X com depressão e fazer grupos de depressão dentro do próprio posto, de encontros, de apoio, para que não tenha que encaminhar para uma instituição que a gente não sabe se vai chegar, porque psiquiatria aqui é um ano para você chegar conseguir uma vaga. (Sujeito 9)

Segundo os profissionais do CAPS e do CASM que estão a frente deste projeto, o mesmo está sendo realizado em algumas UBSs como um projeto piloto, mas há a previsão de ampliação para toda a rede de saúde básica. O objetivo é capacitar as UBSs e auxiliá-las para que estas tornem-se portas de entrada e de encaminhamento para a dependência química, o que ainda ocorre de forma muito reduzida.

Para melhorar o fluxo e os encaminhamentos, alguns **serviços da rede de saúde mental** (CAPS, HUOP, CASM) já **têm efetuado reuniões mensais** para discussão de fluxos, formas de encaminhamento, propostas e alternativas. Propõe-se que além dos serviços específicos de saúde mental, quando houver discussão de casos de adolescentes usuários, possam ser envolvidos outros serviços, como UBS, CRAS e escolas, a fim de proporcionar um acompanhamento mais efetivo a esse usuário e sua família. Acredita-se que essa estratégia possa colaborar com uma melhora na efetivação das referências e contra referências e também no **diálogo e interação dos serviços**.

Como já apontado pelos profissionais, a interação entre os serviços deve ocorrer não apenas na política de saúde, mas de forma **intersetorial**. A partir de 2010, tiveram início reuniões intersetoriais, a partir de uma solicitação dos Promotores da Infância e Juventude e da Saúde e do Juiz da Vara da Infância e Juventude de Cascavel no sentido de tomada de providências quanto ao tratamento de usuários de SPAs. Pelo fato de o município estar em fase de implantação de uma ficha de notificação de casos de violência, o que engloba a dependência química, ampliou-se a discussão para o enfrentamento de todos os casos de violência. Esses

encontros têm ocorrido mensalmente, e reúnem profissionais das mais diversas formações (psicólogos, médicos, assistentes sociais, pedagogos, professores, entre outros) e de diversas políticas (assistência social, saúde, educação, cultura, esportes) nos níveis municipal e estadual. O primeiro resultado desse movimento foi a organização de uma cartilha com todos os serviços, como forma de **divulgação** e de facilitação dos encaminhamentos, pois a própria rede não se conhece. Essas reuniões continuarão a acontecer, com o objetivo de facilitar a comunicação entre os serviços, identificação e saneamento de problemas e estabelecimento de fluxos para agilização de encaminhamentos.

Nesse trabalho em rede, o CAPS ad tem realizado um projeto em algumas escolas estaduais do município no sentido de capacitação das equipes e de formação de multiplicadores sobre a questão das drogas. Esse projeto, segundo os profissionais, ocorreu em três escolas em 2010, e o objetivo é estendê-lo para as demais escolas da rede estadual:

Iniciamos um trabalho também com as escolas. A equipe do CAPS ad vai até as escolas e desenvolve um trabalho de orientação aos professores, à diretora, à equipe de trabalho das escolas e isto tem tido um bom resultado, que a escola começa a perceber também o seu papel nesse processo e a aceitação desse aluno dentro da escola e entender o comportamento do aluno enquanto adolescente, enquanto criança e que além desta questão de ele estar nessa fase da adolescência, tem a questão da dependência química. Os trabalhos nas escolas iniciaram à pouco tempo, mas já conseguimos perceber os resultados, sendo que a equipe que trabalha com o usuário na escola consegue enxergá-lo diferente. (Sujeito 12)

O tratamento da dependência química deve ocorrer também em conjunto com a política de assistência social, no sentido de tentar melhorar as condições socioeconômicas da família na qual a criança e o adolescente estão inseridos, auxiliando no acesso aos direitos básicos e uma melhora na qualidade de vida:

Eu acredito muito no social, eu acho que a gente tem que tentar mudar a vida dele [...] dar condições de mudança de vida para este menor, este adolescente, dar acesso à cultura, dar acesso à educação, ou estimular que se eduquem [...] Não adianta eu tirar da rua, da situação de risco que ele se encontra, colocar em um ambiente hospitalar, serem tratados, serem cuidados, eles dão uma melhorada, dão uma recuperada uma reestabelecida, aí volta para a

rua, para as mesmas condições e vão fazer as mesmas coisas que faziam antes. Esse círculo tem que ser quebrado [...] (Sujeito 14)

A dependência química não está restrita a questões econômicas, mas a falta de acesso a direitos básicos pode servir como fator de risco: para fugir da realidade que o agride, a criança ou o adolescente pode recorrer às drogas. Faz-se necessário, portanto, torna-los realmente cidadãos de direitos.

Com relação à dificuldade de acesso aos serviços, estão ocorrendo mudanças de estrutura física de serviços. O CAPS ad inaugurou no dia 28 de junho uma nova sede mais próxima à área central, em um local com maior acesso à rede de ônibus:

[Com a mudança de local] nós temos esperança que [vai melhorar], porque daí está perto do centro [...] a questão é até quase mais psicológica do que questão de distância, porque ele vai ter que pegar dois ônibus igual, três, mas ele vai ter mais opção de horário, a família está mais próxima ao centro, porque daí se precisar ir ao centro fazer alguma coisa então ela está próxima, ela pode ir a pé. Entao são coisas que facilitam, dá a sensação de que é mais fácil. E aí a localização dele perto do ginásio de esportes, tem ônibus com mais rapidez de horário, questão de 10, 15 minutos. A tendência é facilitar bem mais. Até para as instituições levarem, que nem nós temos a casa de passagem que traz os meninos, o conselho tutelar traz, entao pra eles também é bem mais fácil se organizarem. (Sujeito 5)

O HUOP também está organizando um novo espaço para a psiquiatria, que foi inicialmente colocada em um espaço improvisado a fim de atender a determinação judicial da época de sua constituição. A nova ala é um pouco mais ampla e oferece maior espaço para recreação, bem como um acesso mais facilitado à área externa.

O MOLIVI, na época da pesquisa, também estava passando por reformas a fim de melhor atender os usuários:

Está transformando muita coisa: a área lá dos meninos está mexendo, está arrumando, está arrumando banheiro, arrumando refeitório. Está sendo para o melhor. [...] Estamos levantando o muro, porque o nosso muro baixo era uma das causas das fugas. Porque a facilidade de pular o muro, imagina um muro de um metro e pouquinho, eles pulavam [...]. Erguendo o muro, conseguindo melhorias para eles lá dentro, os quartos estão melhores, foi feito camas novas, comprado armários novos. Estão tentando melhorar a parte da televisão, sala de jogos. Conseguimos agora mais uma

mesa de pingue-pongue. Então está se buscando, os recursos são poucos, mas a instituição está buscando, com ajuda da comunidade, de serviços sociais para conseguir uma melhoria aqui dentro. (Sujeito 1)

Quanto à capacitação elencada pelos profissionais enquanto desafio, uma das estratégias apontadas pelos próprios profissionais é a **supervisão clínico-institucional**. De acordo com o Ministério da Saúde (2011), a supervisão clínico-institucional constitui-se na disponibilização de um profissional renomado na área para supervisão e orientação dos trabalhos das equipes de saúde mental. Os profissionais relatam que o município já enviou projeto de supervisão clínico-institucional, mas não foi contemplado até o momento.

[...] a gente precisaria de um trabalho continuado de supervisão clínica, até para ter uma avaliação dos casos, para rever postura, a própria instituição quando lida com dependente ela também adocece, os profissionais também adoecem. E a gente acaba vendo o que é técnico, o que é senso comum. Isso eu percebo que é o nosso nó hoje. Muitas vezes a gente toma uma atitude em relação a um determinado comportamento, mas até que ponto isso é uma atitude técnica ou senso-comum. Então eu acho que se a gente tivesse uma supervisão a gente teria muito mais clareza nas atitudes que tomaríamos. (Sujeito 9)

Uma das dificuldades citadas pelos profissionais é a falta de profissionais de referência na região em dependência química e o custo elevado em trazer profissionais de fora, o que acaba tornando inviável o projeto pelos recursos oferecidos.

Talvez uma das formas de enfrentamento da dificuldade de capacitação seja o **Centro Regional de Referência para Formação Permanente dos Profissionais** que atuam nas redes de atenção integral à saúde e de assistência social com usuários de crack e outras drogas e seus familiares, edital nº 002/2010/GSIPR/SENAD lançado em setembro de 2010, como parte do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, no qual a UNIOESTE foi uma das universidades paranaenses contempladas. No Paraná, foram contempladas com esse edital a Universidade Estadual de Londrina (UEL), Universidade Estadual de Maringá (UEM) e Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Esse centro prevê o repasse financeiro de R\$ 300 mil reais no período de 12 meses para a realização de cursos de capacitação para médicos, profissionais de hospitais, rede

SUS e SUAS, agentes comunitários de saúde e redutores de danos, entre outros. Até o momento, não foi realizado o repasse. Espera-se que a burocracia não estanque o projeto.

Além deste centro de capacitação, outros projetos propostos pela SENAD e Ministério da Saúde estão em fase de implantação ou planejamento:

Ainda temos alguns serviços que precisam ser implantados e melhorados no nosso município, no sentido de oferecer uma proteção maior. Contamos com um CAPS ad para crianças e adolescentes, leitos de curta permanência em hospital geral, leitos em Comunidade Terapêutica. Algumas possibilidades que o Governo Federal lançou com projetos como Consultório de Rua, o QUALI CAPS com a Supervisão Clínico Institucional. Por outro lado, a gente tem um projeto que é a Casa de Acolhimento Transitório (CAT) que tem o objetivo de oferecendo um atendimento integral às pessoas em situação de vulnerabilidade. Neste serviço a proposta é também atender os jovens. Os projetos da CAT e do Consultório de Rua já estão aprovados, os recursos já estão liberados. Agora estamos definindo a forma de implantação desses serviços e as equipes. Precisamos equipar um carro para poder levar essa equipe até a base. (Sujeito 12)

O projeto de uma comunidade terapêutica de Cascavel foi inicialmente aprovado e agora se passará à fase de apresentação de documentos e seguimento das adequações. Outro projeto aprovado foi da Casa de Acolhimento Transitório (CAT). A proposta da CAT é oferecer:

[...] abrigamento temporário, acolhimento e proteção social, em espaços da saúde, no contexto de um Projeto Terapêutico Individualizado desenvolvido em Centros de Atenção Psicossocial, em articulação com a atenção básica e com dispositivos intersetoriais (saúde, assistência social, direitos humanos, justiça, educação, e outros). (BRASIL, 2010, p. 2)

A CAT serviria, portanto, como um espaço onde usuários de diferentes SPAs poderão ficar por até 40 dias<sup>55</sup>, bem como terão atendimento de profissionais que buscarão na articulação com a rede a definição de estratégias de tratamento para esses usuários. A CAT também é originária do Plano Integrado de

<sup>55</sup> A CAT que está em implantação em Cascavel é do tipo II, para municípios com no mínimo 250 mil habitantes. Mais informações <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/Editais/328268.pdf>.

Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, lançado por meio do Decreto N° 7.179, de 20 de maio de 2010.

Outro projeto também já aprovado e em andamento é o de Consultórios de Rua. Pelo relato dos profissionais, o projeto de consultório de rua estará vinculado ao CAPS porque é voltado também para o atendimento de crianças e adolescentes. Será disponibilizada uma equipe multidisciplinar (enfermeiro, assistente social e psicólogo), professores de oficinas e redutores de danos. A partir de um mapeamento que será efetuado para levantamento das regiões com maior necessidade de atendimento na área da dependência química, haverá um ônibus que estará se deslocando entre esses pontos, com horário e dia fixo para atendimento em cada local. Além da escuta qualificada, serão oferecidas atividades na tentativa de criar vínculos com essas crianças e adolescentes, realizando encaminhamentos posteriormente para os serviços da rede de acordo com a necessidade. Um aspecto que considerou-se interessante na proposta desse serviço é que o consultório de rua estará acolhendo todo o tipo de problema de saúde, encaminhando para os devidos serviços:

[...] o foco dele é relacionado à dependência, mas você tem que ter a questão do acolhimento. Vem, você vai ouvir e vai dar as orientações necessárias. Até porque como a gente não dá enfoque na droga, as vezes você precisa acolher ele de uma outra maneira para ele criar esse vínculo com você. Existem experiências de consultórios de rua, com adultos, por exemplo, com moradores de rua que eles observaram, a equipe, que eles tinham muitas feridas, nos pés, tal, esses moradores de rua. Então eles começaram a tratar as feridas dos moradores de rua, e através da feridas, do auto-cuidado eles chegaram na dependência química. (Sujeito 11)

Para **enfrentar o medo e o estigma** que interferem e limitam a realização de encaminhamentos pelos serviços de base e pela população de um modo geral, os profissionais apontam para a necessidade de repasse de informações sobre as drogas:

[...] eu penso, num primeiro momento, que tem que ter a informação, estar mostrando que a dependência química é uma doença e estar informando, não só a população geral, mas treinamento para os profissionais da saúde informando o que é dependência química, quais são as formas da dependência, como o organismo reage, como as pessoas se tornam dependentes. Estar mostrando isso, que é uma doença. E em segundo seria isso, a informação. [...] seria

estar inserindo na população a informação. A população não tem conhecimento, muitas pessoas não sabem também. Aqui mesmo de todas as drogas acho que a mais conhecida é o alcoolismo. Mas as drogas em si, por ser uma coisa mais nova, mais recente, ainda é muito discriminado. Não se conhece os efeitos das drogas, as famílias não sabem reconhecer num filho quais são os sinais se ele é usuário. Então acho que seria importante informar a população, um dos passos, que é uma caminhada longa. E daí com a melhoria dos serviços, com os profissionais de saúde, com a rede como um todo para poder melhor atender esses usuários. (Sujeito 7)

O projeto de matriciamento e o projeto que o CAPS ad está realizando nas UBS e em escolas respectivamente, podem ser utilizados enquanto ferramentas para informar a população e os profissionais e colaborar para a diminuição do estigma relacionado à dependência química.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfrentamento e o tratamento da dependência de crack em crianças e adolescentes é um processo complexo e desafiador. Complexo porque trata-se de uma droga relativamente nova, em uma faixa etária com características específicas que em si já apresenta seus próprios desafios. Desafiador porque como verificou-se por meio da pesquisa, não há um tratamento específico para o crack nem para os que reincidem em seu uso, mas um olhar diferenciado que leva a algumas estratégias.

O objetivo central desta pesquisa foi o de identificar as estratégias construídas pelas equipes multidisciplinares que atuam na rede de serviços de saúde pública do município de Cascavel-PR no atendimento da incidência e reincidência de crianças e adolescentes dependentes químicos de crack. Verificou-se que o foco dos profissionais que atuam na rede de serviços de saúde mental para atendimento de crianças e adolescentes dependentes de crack e outras drogas não é a droga, mas o indivíduo, a condição em que este chega até o serviço, o que pode variar mesmo entre usuários de crack. Constatou-se também que não é realizado um tratamento diferenciado para reincidentes, fato que observou-se ocorrer de forma muito incisiva entre usuários de crack. O tratamento, tanto para usuários de crack quanto para reincidentes, é planejado a partir do diagnóstico da situação em que a criança e o adolescente chegam ao serviço.

Apesar de não considerarem o tratamento diferenciado, foram percebidas diversas estratégias construídas pelas equipes multiprofissionais da rede de saúde mental para o atendimento de usuários de crack:

Um dos diferenciais apontados pelos profissionais é que deve haver serviços com acesso livre e facilitado, pelo fato de usuários de crack possuem baixa tolerância. O tratamento deve ser rápido, quando ele é procurado. Ainda não há em Cascavel um serviço específico para dependência química que atenda 24 horas e tenha acesso direto.

A reaproximação progressiva da criança e adolescente ao convívio social constitui-se em outra estratégia interessante de tratamento de usuários de crack. Avalia-se que o internamento no caso de usuários de crack constitui-se em uma estratégia central no tratamento destes usuários, tanto para desintoxicação como em comunidades terapêuticas para reestabelecimento de vínculos e valores,

da mesma forma que a reaproximação progressiva pode auxiliar o usuário e sua família a irem paulatinamente lidando com seus fatores de risco e potencializando os fatores de proteção.

No caso de usuários crônicos de crack, considera-se que é preciso avaliar-se a possibilidade de disponibilização de serviços para internamentos mais longos a fim de trabalhar-se a família e o meio nas quais essa criança e adolescente vivem, pois, como demonstrado na pesquisa, na maioria dos casos em que há dificuldade de adesão do usuário, há dificuldade também de adesão da família e diversos fatores de risco estão presentes na família e no meio, facilitando a recaída. Considera-se também que o atendimento ambulatorial deva ocorrer de forma intensa (diária) e/ou com a disponibilização de inserção nas políticas de cultura, esportes e lazer a fim de possibilitar o treinamento de habilidades sociais, considerados fatores de proteção.

Uma das estratégias ressaltadas pelos profissionais, a qual está em voga a nível nacional, é o trabalho em rede na saúde mental e de forma intersetorial. Consideram-se relevantes as reuniões promovidas entre os serviços de saúde mental e com a rede intersetorial. Acredita-se que esta seja uma estratégia para a construção de caminhos comuns de enfrentamento à dependência não somente do crack, mas de todas as SPAs.

A discussão de casos entre os profissionais de diferentes formações ocorrida em alguns serviços é uma estratégia, conforme se acredita neste trabalho, que deve ser estendida a todas instituições. Pelo fato de o tratamento do crack partir da realidade e necessidades de cada usuário, indica-se que esta análise ocorra de forma interdisciplinar.

Foi identificado que as equipes são formadas basicamente por médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeuta ocupacional e assistentes sociais. Por meio da análise das legislações e pela área de formação da pesquisadora, percebeu-se que o profissional assistente social é citado como um dos profissionais que pode trabalhar na área, mas não como parte da equipe mínima. Isso aponta para fato de que há a necessidade de o Serviço Social inserir-se mais na pesquisa sobre dependência química, demonstrando e divulgando sua intervenção nessa área. A intervenção do assistente social com usuários de substâncias psicoativas e suas famílias é de extrema importância, pela leitura ampla da questão social que este profissional possui, pela sua contribuição no trabalho com famílias e demais

relações sociais, bem como pelo conhecimento sobre a rede que possui, podendo encaminhar essa população para sanar suas necessidades sociais, que incidem e colaboram para a manutenção do uso/abstinência. A dependência química é uma síndrome com forte influência de fatores sociais, familiares. Ainda, a intervenção do assistente social pode, portanto, colaborar para o aumento dos fatores de proteção em detrimento dos fatores de risco.

Verificou-se, ainda, a necessidade de aprofundar estudos sobre as competências profissionais das diferentes profissões: o campo profissional é comum a todos, mas há especificidades de cada profissão nas ações, especificidades estas que precisam ser melhor delimitadas.

Outra estratégia apontada são os encaminhamentos acompanhados. Propõe-se que os serviços continuem realizando contatos entre si mesmo quando a criança ou o adolescente não estiver mais sendo atendido por seu serviço, por um período a ser determinado entre os mesmos a fim de verificar a efetividade do encaminhamento. Em 2011, quando o usuário é encaminhado, o serviço não continua o acompanhando e deixa de saber o que está acontecendo com o mesmo. Considera-se de que se houver este acompanhamento posterior, medidas poderão ser tomadas de forma mais ágil, assim como o contato entre os serviços poderá proporcionar troca de informações e planejamento conjunto.

O trabalho adequado à faixa etária foi outra estratégia apontada pelos profissionais. Utilizar uma linguagem adequada a crianças e adolescentes; trabalhar a partir dos interesses dos usuários, utilizando-se do lúdico no trabalho com crianças e do envolvimento de amigos no trabalho com adolescentes. Ainda, considera-se que a estratégia de envolver o usuário em seu tratamento possa auxiliar no desenvolvimento da adesão de crianças e adolescentes ao mesmo, já que principalmente na adolescência, os usuários buscam sua autonomia e definição de identidade.

Acredita-se que várias foram as contribuições dadas pelos profissionais das equipes multiprofissionais. Esta equipe trouxe à reflexão fatos sobre os quais não se detinha anteriormente, entre eles, a questão de se diferenciar criança e adolescente. Pelas falas de alguns profissionais, a estratégia é diferenciada e com a criança, pode-se utilizar mais o lúdico. Outro aspecto é a necessidade de realização de mais pesquisas sobre o público atendido, para então

estabelecer-se planejamento a partir de suas necessidades, prática que precisa ser ampliada em todos os serviços.

As falas e as práticas dos profissionais foram muito ricas. Considera-se que conseguiu-se atingir o objetivo de identificar estratégias e iniciativas resolutivas ao problema do crack, mas sabe-se que essa intervenção é muito mais rica em detalhes do que conseguiu-se apresentar nesse trabalho. Portanto, outros estudos devem ser efetuados para ampliar a compreensão sobre esta problemática.

Enquanto objetivos específicos, pretendia-se construir o perfil do uso de crack em Cascavel e de seu usuário. Considera-se que conseguiu-se um levantamento das características do usuário em Cascavel e do uso, por meio de dados da polícia civil, DENARC, Polícia Federal, mas que não atingiu-se o perfil do uso e do usuário. Para se alcançar esse desafio, faz-se necessário realizar um esforço conjunto com os diferentes serviços envolvidos, o que se coloca enquanto uma proposta de estudo para a rede. Sugere-se, portanto, a realização de uma pesquisa conjunta entre os serviços da rede de saúde mental para a construção do perfil das crianças e adolescentes atendidos nestes serviços e de outros temas que se considerarem relevantes. Ainda, considera-se que cada serviço possa realizar pesquisas internas sobre suas especificidades e necessidades, a fim de direcionar o trabalho às necessidades de seus usuários.

Outro objetivo específico foi o de elencar os fatores de risco e proteção comuns a crianças e adolescentes dependentes de crack para a incidência e reincidência. Considera-se que este objetivo foi atingido e que as características levantadas pelos profissionais possam ser levadas em consideração na avaliação dos pacientes e no planejamento de seus tratamentos, a fim de minimizar as recaídas. No entanto, concorda-se com a fala de um dos profissionais entrevistados que afirma que sempre a análise deve partir do sujeito:

Não existe um fator de proteção: **fator de proteção é a gente estudar cada caso e você ver o que pode estar fazendo naquele momento.** (Sujeito 11)

De modo geral, concorda-se com Scivoletto e Andrade (1999, p. 150) que apontam quatro conclusões principais para os tratamentos da dependência química:

[...] (1) alguma forma de tratamento é melhor do que nenhuma; (2) poucas comparações entre formas de tratamento mostram a superioridade de uma modalidade sobre a outra; (3) as atitudes do público em relação ao uso de drogas ou a uma substância específica podem afetar a efetividade do tratamento e (4) mais estudos sobre a eficácia do tratamento de adolescentes usuários de drogas são necessários.

Verificou-se que de modo geral, a rede de saúde mental de Cascavel está em consonância ao planejamento do Ministério da Saúde e tem tentado se colocar a par da Política Nacional sobre Drogas. Existem desafios, mas existem também equipes de profissionais comprometidos com o tratamento e atuantes em sua implementação e ampliação. O desafio constitui-se em uma maior participação e engajamento político de políticos e dirigentes para efetivação das propostas. A participação destes profissionais em conselhos de direito pode auxiliar no controle social desta política.

As drogas sempre existiram e dificilmente deixarão de existir. Cada período histórico trouxe novas substâncias. O crack se configura atualmente enquanto a “droga do momento”, mas já estão aparecendo outras SPAs, como o oxi, trazendo novos desafios, novas demandas e podendo tornar-se ainda mais desafiante do que o crack. O crack possui suas particularidades e dificuldades que devem ser consideradas, mas não se pode esquecer das demais SPAs que também levam à dependência química e da perspectiva histórica. O crack é uma droga que está em voga atualmente, mas concorda-se mais uma vez com as equipes de profissionais entrevistados: independentemente da droga, o olhar deve estar focado no indivíduo e na situação em que ele se encontra.

## REFERÊNCIAS

ALVES, H.N.P.; DUAILIBI, L. Boas práticas no tratamento de usuários e dependentes de cocaína e crack. In: CORDEIRO, D.C.; FIGLIE, N.B.; LARANJEIRA, R. **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias**. São Paulo: Roca, 2007.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. p. 147-178.

ALVES- MAZZOTTI, A.J. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa**, v. 36, n. 129, p. 637-651, set./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v36n129/a0736129.pdf>>. Acesso em: 15 jun.11

ANDRADE, T.M.; ESPINHEIRA, C.G.D. A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira. In: SUPERA- Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Módulo 1: **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008. p. 02-12.

ANDRADE, T.M.; RONZANI, T.M. **A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento**. In: SUPERA- Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Módulo 1: O uso de substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008. p. 26-33.

ANDRADE, O.M. Histórico da toxicomania. In: ARRUDA, A. BARBOSA, M.S. et al. **A droga**: quem toma, o que toma, por que toma. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1966.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Tradução de Dora Flaksman. Rio de Janeiro: Zahar, 1975. 279 p. Tradução de L'Enfant et la Vie familiale sous l'ancien Régime.

AZEVEDO, R.C.S. **Usuários de cocaína e AIDS**: um estudo sobre comportamentos de risco. 2000. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2000. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000211356>>. Acesso em: 05 jul. 2010.

BARRETO, A.P. **Terapia comunitária**: definição, objetivos e pressupostos. In: SUPERA- Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Módulo 5: Encaminhamento de pessoas dependentes de

substâncias psicoativas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008. p. 40-50.

BORDIN, S. Terapias psicológicas de usuários e dependentes de cocaína e crack. In: CORDEIRO, D.C.; FIGLIE, N.B.; LARANJEIRA, R. **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias**. São Paulo: Roca, 2007.p. 102-111.

BOUERI, A.G. **O pecado, a doença e o crime**: fiscalização de entorpecentes no Brasil. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Comunicação Social, habilitação jornalismo) – Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.comunidadessegura.org/files/pecadodoencaecrime.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2010.

BOURGUIGNON, J. A. **A particularidade histórica da pesquisa no Serviço Social**. São Paulo: Veras Editora; Ponta Grossa, PR; Editora UEPG, 2008.

BRASIL. Decreto-Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938. **Aprova a Lei de fiscalização de entorpecentes**. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/decreto\\_lei/891\\_38.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/decreto_lei/891_38.htm)>. Acesso em: 05 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 11.343, de 23 de Agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 28 set. 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998. **Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial**. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344\\_98.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm)>. Acesso em: 25 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. **Normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS**. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas\\_e\\_projetos/saude\\_mental/portaria\\_n224.htm](http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm)>. Acesso em: 31 maio 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.612, de 09 setembro de 2005. Aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento/ Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 12 de set. 2005, p. 54 n. 175, Seção 1, pt. 1. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1612.htm>>. Acesso em: 11 maio 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002. **Estabelece os critérios para a constituição dos Centros de Atenção Psicossocial CAPS I, CAPS II e CAPS III.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais: módulo 1.** Coordenação do módulo Tarcísio Matos de Andrade. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas: módulo 5.** Coordenação Flávio Pechansky. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Portaria interministerial N° 50, Em 3 de janeiro de 2005. Certifica 27 unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-50.htm>>. Acesso em: 17 maio 2010.

\_\_\_\_\_. Decreto n° 7.179, de 20 de maio de 2010. **Institui o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas, cria o seu comitê gestor e dá outras providências.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm)>. Acesso em: 13 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/A%20politica.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional Anti-Drogas. **Política Nacional sobre Drogas.** Brasília: 2005. <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional Antidrogas. **Glossário de álcool e drogas.** Tradução e notas: J. M. Bertolote. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4. ed. 4. reimp. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Presidência da República, Gabinete de segurança institucional, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministério da Saúde. Comitê Gestor do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Edital nº 003/2010/GSIPR/SENAD / MS. PLANO INTEGRADO DE ENFRENTAMENTO AO CRACK E OUTRAS DROGAS. Regulamento de processo seletivo para apoio financeiro a municípios que desenvolvam projetos de implantação e/ou ampliação de Casas de Acolhimento Transitório, da rede integrada de saúde e assistência social, destinada ao acompanhamento sociofamiliar e à inclusão de crianças, adolescentes e jovens usuários de crack e outras drogas em programas de reinserção social, conforme estabelecido no Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/Editais/328268.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2011

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. 4. reimp. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional sobre Drogas, Ministério da Saúde. Comitê Gestor do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Edital nº 003/2010/GSIPR/SENAD / MS. Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Regulamento de processo seletivo para apoio financeiro a municípios que desenvolvam projetos de implantação e/ou ampliação de Casas de Acolhimento Transitório, da rede integrada de saúde e assistência social, destinada ao acompanhamento sociofamiliar e à inclusão de crianças, adolescentes e jovens usuários de crack e outras drogas em programas de reinserção social, conforme estabelecido no Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/Editais/328268.pdf>>. Acesso em: 24jun. 2011

BRAVO, M. I. S. et al. **Saúde e serviço social**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

BUCHER, R. **Prevenção ao Abuso de Drogas em Ações de Saúde e Educação.** (uma abordagem sócio-cultural e de redução de danos). NEPAIDS, 2002. Disponível em: <<http://www.usp.br/nepaids/drogas-as.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2008.

BURNS, J.E.; LABONIA FILHO, W. **Grupos de ajuda-mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias.** In: SUPERA- Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Módulo 5: Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008. p. 21-27.

CARLINI, E.A.; NAPPO, S.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. **Revista IMESC**, n. 03, p.9-35, 2001. Disponível em: <<http://www.imesc.sp.gov.br/pdf/artigo%201%20-%20DROGAS%20PSICOTR%C3%93PICAS%20O%20QUE%20S%C3%83O%20E%20COMO%20AGEM.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2010.

CARLINI, E.A. et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil** : estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005. São Paulo : CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006. São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://200.144.91.102/sitenovo/default.aspx>>. Acesso em: 08 jun. 2010.

CASCAVEL. Prefeitura Municipal de Cascavel. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação Municipal de Saúde Mental. **Projeto de Atendimento em Saúde Mental em Cascavel.** Cascavel, 2001. Reprografia de documento disponibilizado pela Divisão de Saúde Mental de Cascavel.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Cascavel. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação Municipal de Saúde Mental. **Projeto Centro de Atenção Psicossocial- CAPS.** Cascavel, 2002. Reprografia de documento disponibilizado pela Divisão de Saúde Mental de Cascavel.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Cascavel. Secretaria de Saúde. **Projeto de Implantação de residências terapêuticas no município de Cascavel.** Cascavel, 2004. Reprografia de documento disponibilizado pela Divisão de Saúde Mental de Cascavel.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Cascavel. Secretaria de Saúde. **Projeto do Centro de Atenção a Saúde Mental- CASM.** Cascavel, 2004. Reprografia de documento disponibilizado pela Divisão de Saúde Mental de Cascavel.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Cascavel. Secretaria de Saúde. **Projeto do Centro de Atenção Psicossocial- Álcool e Droga- CAPS ad.** Cascavel, 2004. Reprografia de documento disponibilizado pela Divisão de Saúde Mental de Cascavel.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Cascavel. Secretaria de Saúde. CASM- Centro de atenção em saúde mental. **Ambulatório de Saúde mental: um método alternativo, abrangente, preventivo e reabilitatório integrante da rede de assistência à saúde mental do município de Cascavel**. Cascavel, 2007. Reprografia de documento disponibilizado pela Divisão de Saúde Mental de Cascavel.

CEBRID- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. **Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas**. Departamento de Psicobiologia da Unifesp. Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. OBID- Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Cromosete Gráfica e Editora, 2003. Disponível em: <<http://200.144.91.102/sitenovo/default.aspx>>. Acesso em: 08 jun. 2010.

Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português (Centro Brasileiro de Classificação de Doenças) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo/Organização Mundial de Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde, 1993-2007. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Décima Revisão. Versão 2008. Volume I. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: 20 jul. 2011.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CONCEICAO, M.I.G.; OLIVEIRA, M.C.S. Legislações e políticas para a criança e o adolescente e a PNAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais**. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2008. p. 205-215.

CORDEIRO, D.C.; FIGLIE, N.B.; LARANJEIRA, R. **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias**. São Paulo: Roca, 2007.

COSTA, M.C. **O falso barato**. Disponível em: <[http://www.uniad.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4149:o-falso-barato&catid=29:dependencia-quimica-noticias&Itemid=94](http://www.uniad.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4149:o-falso-barato&catid=29:dependencia-quimica-noticias&Itemid=94)>. Acesso em: 08 jul. 2010.

COSTA, S.F. O processo de reinserção social do dependente químico após completar o ciclo de tratamento em uma comunidade terapêutica. **Serviço social em revista**, Londrina, v. 11, n. 2, jan./jun. 2009. Disponível em: <[http://www.ssrevista.uel.br/c\\_v3n2\\_processo.htm](http://www.ssrevista.uel.br/c_v3n2_processo.htm)>. Acesso em: 20 out. 2009.

CRUZ, M.S.; FELICÍSSIMO, M. **Problemas médicos, psicológicos e sociais associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas**. In: SUPERA- Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Módulo 2: efeitos de substâncias psicoativas no organismo. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008. p. 63-78.

CRUZ, S.C.; BARBEITO, M.M. **Estratégias de redução de danos e a assistência comunitária à saúde**: uma integração necessária. In SUPERA- Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Módulo 5: Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008. p. 59-66.

CRUZ, L.R.; GUARESCHI, N.M.F. A Trajetória das Políticas Públicas Direcionadas à Infância: paralelos com o presente. **Mnemosine**, v.4, n.1, p. 28-52, 2008. Clio-Psyché – Programa de Estudos e Pesquisas em História da Psicologia. Disponível em: <<http://www.mnemosine.cjb.net/mnemo/index.php/mnemo/article/viewFile/298/455>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

CUNHA, P.J. Avaliação clínica de usuários e dependentes de cocaína. In: CORDEIRO, D.C.; FIGLIE, N.B.; LARANJEIRA, R. **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias**. São Paulo: Roca, 2007.p. 80-87.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

DE MICHELI, D.; FORMIGONI, M.L.O.S. **Como motivar usuários de risco**. In: SUPERA- Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Módulo 4: Intervenção breve para casos de uso de risco de substâncias psicoativas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2006. p. 12-20.

DIAS, A.C. et al. Follow-Up Study of Crack Cocaine Users: Situation of the Patients After 2, 5, and 12 Years. **Substance Abuse**, v. 29, n. 3, 2008. Disponível em: <[http://www.uniad.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3185:follow-up-study-of-crack-cocaine-users-situation-of-the-patients-after-2-5-and-12-years&catid=51:dependencia-quimica-artigos&Itemid=93](http://www.uniad.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3185:follow-up-study-of-crack-cocaine-users-situation-of-the-patients-after-2-5-and-12-years&catid=51:dependencia-quimica-artigos&Itemid=93)>.

DONATO, E.M. et al. Farmacologia e neurobiologia do consumo de crack. In RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. p. 49-59.

DRUMMOND, M.C.C.; DRUMMOND FILHO, H.C. **Drogas**: a busca de respostas. São Paulo: Edições Loyola, 1998.

DUALIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil**. Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) – Depto de Psiquiatria – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), [2005?]. Disponível em: <[http://www.abead.com.br/artigos/arquivos/perfil\\_usuario\\_coca\\_crack.pdf](http://www.abead.com.br/artigos/arquivos/perfil_usuario_coca_crack.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2010.

ESTADO DO PARANÁ. Ministério Público pactua o fluxo de encaminhamento para os PACs/ Central Estadual de Leitos/ hospitais públicos e conveniados ao SUS. Termo de ajustamento de conduta de 16 de agosto de 2006.

FAZENDA, I. **Interdisciplinaridade: qual o sentido?**. 2. ed. São Paulo: Paulus, 2006. (Coleção questões fundamentais)

FEFFERMANN, M. **Vidas arriscadas: o cotidiano dos jovens trabalhadores do tráfico**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

FERRI, CP; LARANJEIRA, R.; DA SILVEIRA, D.X.; J. DUNN, M.L.O.S. FORMIGONI. **Aumento da procura de tratamento por usuários de crack em dois ambulatórios na cidade de São Paulo, nos anos de 1990 a 1993**. Departamentos de Psiquiatria e de Psicobiologia, Universidade Federal de São Paulo — Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v43n1/2068.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2010.

FERREIRA, B.S. Grupo de auto-ajuda: amor exigente. In CORDEIRO, D.C.; FIGLIE, N.B.; LARANJEIRA, R. **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias**. São Paulo: Roca, 2007. p. 221-229.

FOCCHI, G. R. A. et al. Abordagem de pacientes dependentes de cocaína. In: LEITE, Marcos da Costa. **Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda, 1999. p. 227-237.

FORMIGONI, M.L.O.S.; KESSLER, F.; PECHANSKY, F. **Neurobiologia: mecanismos de reforço e recompensa e o efeito biológico comum das drogas**. In: SUPERA- Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Módulo 2: Efeitos de substâncias psicoativas no organismo. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008. p. 2-11.

FRACASSO, L. **Tratamento de pessoas dependentes de substâncias em comunidades terapêuticas**. In: SUPERA- Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Módulo 5: Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008. p. 28-39.

FREITAS, M.C. (Org.). **História social da infância no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

GALDUROZ, J. C. F. **Critérios diagnósticos: CID-10 e DSM-IV**. In: SUPERA- Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Módulo 3 Detecção do uso abusivo e diagnostico da dependência de substâncias psicoativas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008. p. 2-10.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. 10. ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.

GOMIDE, P.I.C.; PINSKY, I. A influência da mídia e o uso das drogas na adolescência. In PINSKY, I.; BESSA, A. (Org.) **Adolescência e drogas**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2009.

GOMES, L.S. Organização de serviços para tratamento de usuários e dependentes de cocaína e crack. In: CORDEIRO, D.C.; FIGLIE, N.B.; LARANJEIRA, R. **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias**. São Paulo: Roca, 2007.p. 74-79.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

JUNGERMAN, F.S. Boas práticas nas abordagens psicossociais da dependência de substâncias. In: CORDEIRO, D.C.; FIGLIE, N.B.; LARANJEIRA, R. **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias**. São Paulo: Roca, 2007.p. 174-175.

\_\_\_\_\_. Prevenção de recaída. In: CORDEIRO, D.C.; FIGLIE, N.B.; LARANJEIRA, R. **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias**. São Paulo: Roca, 2007.p. 189-203.

KALINA, E. **Os efeitos das drogas no cérebro humano**: a contribuição das neurociências no campo da dependência química. São Bernardo do Campo-SP: Comunidade Terapêutica Bezerra de Menezes, 1997.

\_\_\_\_\_. **Viver sem drogas**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

\_\_\_\_\_. **Drogas**: terapia familiar e outros temas. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.

KAMINER, Y. SZOBOT, C. O tratamento de adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas. In: PINSKY, I.; BESSA, M.A. (Org.) **Adolescência e drogas**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2009.

KESSLER, F.; PECHANSKY, F.. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista de Psiquiatria**, p. 96-98, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2203.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2010.

KESSLER, F. **Efeitos e consequências criança e adolescente**. 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/efeitos-e-consequencias/crianca-e-adolescente>>. Acesso em: 20 maio 2011.

\_\_\_\_\_. **Tratamento de co-morbidades associadas à dependência de drogas**. In: SUPERA- Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Módulo 5: Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008. p. 51- 58.

LACERDA R.B.; LACERDA L.A.; GALDURÓZ, J.C.F. **Drogas depressoras (benzodiazepínicos, inalantes, opiáceos)**: efeitos agudos e crônicos no SNC e em outros sistemas orgânicos. In: SUPERA- Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Módulo 2: Efeitos de substâncias psicoativas

no organismo. Capítulo 3. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008. p. 29-41.

LACERDA R.B.; CRUZ M.S.; NAPPO S.A. Drogas estimulantes (anfetaminas, cocaína e outros): efeitos agudos e crônicos no SNC e em outros sistemas orgânicos. In: SUPERA- Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Módulo 2: Efeitos de substâncias psicoativas no organismo. Capítulo 4. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008. p. 42-51.

LACERDA, R.B.; NOTO, A.R. **Drogas perturbadoras (maconha, LSD-25, êxtase e outros)**: efeitos agudos e crônicos no SNC e em outros sistemas orgânicos. In: SUPERA- Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Módulo 2: Efeitos de substâncias psicoativas no organismo. Capítulo 5. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008. p. 52-62.

LARANJEIRA, R. Tratamento da dependência do crack: as bases e os mitos. In: O TRATAMENTO do usuário de crack. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. p. 13-18.

LARANJEIRA, R. JUNGERMAN, F. DUNN, J. **Drogas**. São Paulo: Contexto, 1998. (Série Conhecer & Enfrentar).

LEGISLAÇÃO social: cidadania, políticas públicas e exercício profissional. Curitiba: Conselho Regional de Serviço Social- CRESS 11ª Região, 2006.

LEITE, M.C; ANDRADE, A.G. et al. **Cocaína e crack**: dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda, 1999. p. 25-41.

LEITE, M.C. **História da cocaína**. In: LEITE, M.C; ANDRADE, A.G. et al. **Cocaína e crack**: dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda, 1999. p. 15-23

LEITE, M.C. Abuso e dependência de cocaína: conceitos. In: LEITE, M.C; ANDRADE, A.G. et al. **Cocaína e crack**: dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda, 1999. p. 25-41.

LOPES, W.O.; SAUPE,R.; MASSAROLI, A. **Visita domiciliar**: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Revista eletrônica do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá-UEM**, v. 7, n. 2, p. 241-247, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5012/3247>>. Acesso em: 15 jun. 2011.

LEITE, M.C.; CABRAL, A.C.J. Promoção da abstinência. In: LEITE, M.C; ANDRADE, A.G. et al. **Cocaína e crack**: dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda, 1999. p. 239-253.

LIMA, N. T. (Org.) **Saúde e democracia: historia e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LORENZI, G.W. **Uma Breve História dos Direitos da Criança e do Adolescente no Brasil**. 2007. Disponível em:

<<http://www.promenino.org.br/Ferramentas/Conteudo/tabid/77/ConteudoId/70d9fa8f-1d6c-4d8d-bb69-37d17278024b/Default.aspx>>.

MACHADO, M.H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**, v. 3, n. 1, p. 12-25, mar. 2006.

MACIAK, I. **Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: percepção da equipe de enfermagem e do usuário**. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2008. Disponível em: <[https://www6.univali.br/tede/tde\\_arquivos/4/TDE-2008-10-22T110201Z-399/Publico/lnes%20Maciak.pdf](https://www6.univali.br/tede/tde_arquivos/4/TDE-2008-10-22T110201Z-399/Publico/lnes%20Maciak.pdf)>. Acesso em: 31 maio 2010.

MARLATT, G.A.; DONOVAN, D.M. **Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MARLATT, G.A.; WITKIEWITZ, K. Problemas com álcool e drogas. In: **PREVENÇÃO de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 16-50

MARQUES, A.C.P.R. O uso de álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. **Revista IMESC**, n. 3, p. 73-86, 2001. Disponível em: <<http://www.imesc.sp.gov.br/pdf/artigo%205%20-%20O%20USO%20DO%20C3%81LCOOL%20E%20A%20EVOLU%20C3%87%20%83O%20DO%20CONCEITO%20DE%20DEPEND%20C3%8ANCIA%20DE%20C3%81LCOOL%20E%20OUTRAS%20DROGAS.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2010.

MARTINELLI, M. L. (Org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras Editora, 1999. (Série Núcleo de Pesquisa, 1)

MEDEIROS, M.; OSORIO, R. **Arranjos domiciliares e arranjos nucleares no Brasil: classificação e evolução de 1977 a 1998**. Brasília, abril de 2001. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/pub/td/2001/td\\_0788.pdf](http://www.ipea.gov.br/pub/td/2001/td_0788.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2010.

MELLO, V.A. et al. Princípios básicos do trabalho psicoterápico na dependência de cocaína, na prevenção de recaída e na intervenção psicoterápica em grupos de dependentes de cocaína. In: LEITE, M.C.; ANDRADE, A.G. et al. **Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda, 1999.

MESSAS, G. Tratamento das comorbidades psiquiátricas de usuários e dependentes de cocaína e crack. In CORDEIRO, D.C.; FIGLIE, N.B.; LARANJEIRA, R. **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias**. São Paulo: Roca, 2007.p. 98-101.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MIOTO, R.C.T. Família e serviço social: contribuições para o debate. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 55, p. 114-130, 1997.

\_\_\_\_\_. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. **Serviço Social em revista**, v. 12, n. 2, p. 163-176, jan./jun. 2010. Disponível em:  
<<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7584/6835>>.

\_\_\_\_\_. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre processos familiares. **Revista Katalysis** n. 2, p.20-26, 1998. Disponível em:  
<<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/5573/4974>>. Acesso em: 17 jun. 2011.

NAPPO, S.A. Análise qualitativa do uso de cocaína: um estudo em São Paulo. In: LEITE, M.C. (Org.). **Cocaína e crack**: dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda, 1999.

OLIEVENSTEIN, C. **A droga**. Sao Paulo: Editora brasiliense, 1980.

\_\_\_\_\_. **Destino do toxicômano**. Tradução Marie Dominique Grandy. São Paulo: ALMED, 1985.

\_\_\_\_\_. **Os drogados não são felizes**. Tradução de Marina Camargo Celidonio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

OLIVEIRA, L. G. de; NAPPO, S. A. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, n. 6, 2006. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832008000600002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000600002)>. Acesso em: 10 fev. 2010.

OLIVEIRA, C. J. de. O enfrentamento da dependência de álcool e outras drogas pelo estado brasileiro. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. **Saúde e serviço social**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009. p. 179- 195.

OZELLA, S. (Org.) **Adolescências construídas**: a visão da psicologia sócio-histórica. São Paulo: Cortez, 2003.

PARANÁ. Lei 13029 - 27 de Dezembro de 2000. Autoriza o Poder Executivo a transformar o Hospital Regional de Cascavel em Hospital Universitário do Oeste do Paraná e transferi-lo para a Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE e adota outras providências. **Diário Oficial no. 5894 de 28 de Dezembro de 2000**. Disponível em:  
<<http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=335&indice=1&totalRegistros=1>>. Acesso em: 17 maio 2010

\_\_\_\_\_. Conselho Regional de Serviço Social- CRESS 11ª Região. **Legislação social**: cidadania, políticas públicas e exercício profissional. Comissão organizadora: Dione do Rocio Poncheck, Ilda Lopes Witiuk. Compilação, revisão e atualização: Marta Suzy Wagner. Curitiba: CRESS, 2006.

PAYÁ, R. Terapia familiar. In CORDEIRO, D.C.; FIGLIE, N.B.; LARANJEIRA, R. **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias**. São Paulo: Roca, 2007.p. 210-220.

PECHANSKY, F.; DIEMEN, L.V. **Tratamentos farmacológicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas**. In: SUPERA- Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Módulo 5: Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008. p. 02-08.

PECHANSKY, F. **Tratamentos psicoterápicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias**. In: SUPERA- Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Módulo 5: Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008. p. 09-20.

PEDRINHA, R.D. **Notas sobre a política criminal de drogas no Brasil**: elementos para uma reflexão crítica. Disponível em: <[http://www.conpedi.org/manaus/arquivos/anais/salvador/roberta\\_duboc\\_pedrinha.pdf](http://www.conpedi.org/manaus/arquivos/anais/salvador/roberta_duboc_pedrinha.pdf)>. Acesso em: 04 abr. 2010.

PERRENOUD, L.O.; RIBEIRO, M. Histórico do consumo de crack no Brasil. In: O TRATAMENTO do usuário de crack. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. p. 43-48.

PINSKY, I.; BESSA, M.A. (Org.) **Adolescência e drogas**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2009.

REIS, T.R. O uso abusivo de álcool e outras drogas na sociedade brasileira e seus rebatimentos no âmbito da família: breves considerações. **Revista Ágora**: Políticas Públicas e Serviço Social, v. 2, n. 3, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.assistentesocial.com.br/biblioteca.php#agora>>. Acesso em: 13 abr. 2010.

RIBEIRO, M. et al. Causes of death among crack cocaine users. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, set. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462006000300010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462006000300010&script=sci_arttext)>. Acesso em: 21 out. 2010.

RIBEIRO, M; PERRENOUD, L.O. Ambulatório especializado: estrutura, funcionamento e indicações. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. p. 237-246.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.

\_\_\_\_\_. O plano de tratamento. In: \_\_\_\_\_. **O tratamento do usuário de crack**. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. p. 19-42.

SAKIYAMA, H.M.T.; RIBEIRO, M. Prevenção da recaída e treinamento de habilidades sociais. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. p. 160-172.

SALES, C.M.B.; FIGLIE, N.B. Entrevista motivacional. In CORDEIRO, D.C.; FIGLIE, N.B.; LARANJEIRA, R. **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias**. São Paulo: Roca, 2007.p.176-188.

SALES, M.A. **(In)visibilidade perversa**: adolescentes infratores como metáfora da violência. São Paulo: Cortez, 2007.

SANCHEZ, Z.V.D.S.; NAPPO, S.A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Rev. Psiq. Clín**, v. 34, supl. 1; p. 73-81, 2007. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/73.html>>. Acesso em: 10 maio 2011.

SANTOS-FILHO, S.B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do humanizamus: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. (Org.) **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí-RS: UNIJUÍ, 2007. p. 73-96.

SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. (Org.) **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí-RS: UNIJUÍ, 2007. p. 73-96.

SARACENO, C. **Sociologia da família**. Lisboa: Estampa, 1997.

SCHABELL, C. Mediação familiar. In: SEIBEL, S.D. **Dependencia de drogas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. Cap. 14.2.7, p. 417-424.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. **Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência**. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a27v10n3.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2010.

SCIVOLETTO, S. ANDRADE, E. R. A cocaína e o adolescente. In LEITE, Marcos da Costa. **Cocaína e crack**: dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda, 1999. p.137- 153

SILVA, D.P.G. et al. **Entrevista motivacional**. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. p. 173-185.

SILVA, V. A. da; MATTOS, H. F. **Os jovens são mais vulneráveis às drogas?** IN PINSKY, I.; BESSA, M. A. (Org.). **Adolescência e drogas**. 2. ed. São paulo: Contexto, 2009.

SILVA, V.A. Tratamento farmacológico de usuários e dependentes de cocaína e crack. In CORDEIRO, D.C.; FIGLIE, N.B.; LARANJEIRA, R. **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias**. São Paulo: Roca, 2007.p. 88-97.

SILVA, M. S. **Se liga!** O livro das drogas. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

SILVEIRA FILHO, D.X. da. **Dependência**: compreensão e assistência às toxicomanias: uma experiência do PROAD. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

TIBA, I. **Juventude & drogas**: anjos caídos. São Paulo: Integrare Editora, 2007.

UCHÔA M.A. **Crack**: o caminho das pedras. São Paulo: Editora Ática; 1996.

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). **World drug report**. New York, 2009. Disponível em: <[http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2009/WDR2009\\_eng\\_web.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/WDR2009_eng_web.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2010.

VASCONCELOS, A.M. Sistema único de saúde, profissões de saúde e formação. In Temporalis. **Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. ABEPSS**. Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios, v. 1, n. 1, jan./jun.2000. São Luis: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social- ABEPSS, 2007. p. 151- 183.

VASCONCELOS, E.M. (Org.) **Saúde mental e serviço social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

WASHTON, A.M.; ZWEBEN, J.E. **Prática psicoterápica eficaz dos problemas com álcool e drogas**. Tradução de Monica Armando. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ZANATTA, L.A.; CARVALHO M. **Reconstituição histórica do hospital universitário do oeste do paraná - HUOP (1977-2002)**. Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil. Cascavel-PR, 2002. Disponível em: <<http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Saude/eixo1/69lucianazanatta.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2010.

ZANELATTO, N. Treinamento de habilidades sociais. In CORDEIRO, D.C.; FIGLIE, N.B.; LARANJEIRA, R. **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias**. São Paulo: Roca, 2007.p. 204-209.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A



### **QUESTIONÁRIO PERFIL DOS PROFISSIONAIS E DOS SERVIÇOS DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA PARA ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DEPENDENTES DE CRACK**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “O enfrentamento da dependência de crack em crianças e adolescentes pelas equipes multiprofissionais da rede de saúde pública do município de Cascavel-PR: desafios e possibilidades”, desenvolvida por Daniela Prochnow Gund, mestranda do curso de pós-graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina (UEL), sob orientação da Profa. Dra. Mabel Mascarenhas Torres, professora do Departamento de Serviço Social da UEL. Esta pesquisa tem por objetivo identificar as estratégias construídas pelas equipes multidisciplinares que atuam na rede de serviços de saúde pública do município de Cascavel-PR no atendimento da incidência e reincidência de crianças e adolescentes na dependência química de crack.

Sua participação consistirá no preenchimento deste questionário a fim de construir o perfil dos profissionais e das entidades envolvidas no tratamento de crianças e adolescentes dependentes de crack. Este questionário será recolhido pela pesquisadora após 7 dias da data de entrega. Antes de efetuar o recolhimento, a pesquisadora estará entrando em contato a fim de verificar se foi possível o preenchimento e a existência de eventuais dúvidas. Ao responder o questionário, sua identidade será mantida em sigilo. O objetivo do preenchimento deste questionário é construir o perfil dos profissionais e dos serviços públicos e conveniados disponíveis para o atendimento da criança e adolescente dependente de crack em Cascavel.

Sua participação é de extrema importância para o estudo de alternativas de enfrentamento do crack, que tem se configurado enquanto um problema de saúde público. Agradeço sua contribuição e a possibilidade de compartilhar sua experiência profissional!

**1. DADOS PESSOAIS**

## 1.1 SEXO:

Feminino                       Masculino

## 1.2 IDADE:

21 a 30 anos    31 a 40 anos    41 a 50 anos    Mais de 50 anos

## 2. Área de formação:

Medicina                       Medicina com residência em Psiquiatria    Enfermagem

Serviço Social    Psicologia                       Terapia Ocupacional

Outra especificar): \_\_\_\_\_

## 3. Instituição e ano de formação:

\_\_\_\_\_

## 4. Registrar última titulação:

Graduação    Especialização    Mestrado    Doutorado

Especificar a área da última titulação: \_\_\_\_\_

## 5. Realiza ou realizou cursos na área de dependência química? Se sim, quais?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 6. Qual a sua carga horária de trabalho (semanal) nesta instituição?

Escala de plantões, total horas semanais: \_\_\_\_\_

4 horas diárias, distribuídas ao longo da semana totalizando 20 horas

6 horas diárias totalizando 30 horas semanais

8 horas diárias totalizando 40 horas semanais

Outras (especificar): \_\_\_\_\_

## 7. Qual o seu regime de trabalho?

Plantão    Contrato temporário    CLT    Servidor público

Voluntário    Autônomo

Outros (especificar por extenso): \_\_\_\_\_

## 8. Forma como foi contratado nesta instituição:

Processo seletivo    Celetista    Concurso público    Contrato

Outros (especificar por extenso): \_\_\_\_\_

## 9. Trabalha em outro local além desta instituição?

Não

Sim, carga horária na(s) outra(s) instituição(ões): \_\_\_\_\_

## 10. Faixa salarial:

Até 3 salários-mínimos    De 4 a 5 salários-mínimos

De 6 a 7 salários-mínimos    Mais de 7 salários-mínimos

## 11. Antes de iniciar seu trabalho nesta instituição, havia trabalhado com dependentes químicos? (

) Não    Sim

Se sim, qual o público atendido:

Crianças e adolescentes    Adultos    Idosos    Todas as faixas etárias

12. Quais as atividades que você desenvolve na instituição? Indique as cinco mais freqüentes.

---

---

---

13. Você realiza trabalho conjunto com os demais profissionais com formação superior? Como é realizado esse trabalho? Explicitar.

---

---

---

14. Quem são os sujeitos do seu trabalho no tratamento de crianças e adolescentes dependentes de crack?

- Crianças e adolescentes     Famílias     Usuários e famílias  
 Outros, qual(is): \_\_\_\_\_

#### **SOBRE A INSTITUIÇÃO**

15. Natureza da instituição:

- Pública Estadual     Pública Municipal     Privada sem fins lucrativos

16. Ano de início das atividades da

instituição: \_\_\_\_\_

17. Quais os serviços prestados pela instituição dirigidos ao atendimento de crianças e adolescentes dependentes químicos?

---

---

---

18. A partir de que ano a instituição começou a atender usuários de crack?

---

19. Qual o total de crianças e adolescentes atualmente atendidos na instituição e destes quantos são usuários de crack?

---

---

20. Qual o perfil do usuário de crack atendido pela instituição? Quais são as características desta criança/adolescente?

---

---

---

21. O tratamento da dependência de crack em crianças e adolescentes diferencia-se das demais substâncias psicoativas? Se sim, em que sentido? Como deve ser esse tratamento?

---

---

---

## APÊNDICE B



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Título da pesquisa:

“O enfrentamento da dependência de crack em crianças e adolescentes pelas equipes multiprofissionais da rede de saúde pública do município de Cascavel-PR: desafios e possibilidades”

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “O enfrentamento da dependência de crack em crianças e adolescentes pelas equipes multiprofissionais da rede de saúde pública do município de Cascavel-PR: desafios e possibilidades”, desenvolvida por Daniela Prochnow Gund, mestranda do curso de pós-graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina (UEL), sob orientação da Profa. Dra. Mabel Mascarenhas Torres, professora do Departamento de Serviço Social da UEL.

Esta pesquisa será realizada com profissionais de formação superior dos serviços de saúde públicos e conveniados que prestam atendimento a crianças e adolescentes dependentes químicos no município de Cascavel-PR. Os serviços que irão compor a pesquisa são: Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP); Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) e a Comunidade Terapêutica MOLIVI (Movimento para Libertação de Vidas).

O objetivo da pesquisa é identificar as estratégias construídas pelas equipes multidisciplinares que atuam na rede de serviços de saúde pública do município de Cascavel-PR no atendimento da incidência e reincidência de crianças e adolescentes na dependência química de crack. Constituem-se enquanto objetivos específicos:

- Definir o perfil do uso de crack em Cascavel e de seu usuário;

- Elencar os fatores de risco e proteção comuns a crianças e adolescentes dependentes de crack para a incidência e reincidência;
- Identificar especificidades no tratamento do crack;
- Identificar iniciativas resolutivas ao problema do crack encontradas pelas equipes que atuam nos serviços públicos de Cascavel;
- Averiguar os limites e possibilidades da rede de atendimento à criança e adolescente dependente de crack em Cascavel;
- Identificar as interfaces estabelecidas entre o atendimento da equipe multidisciplinar dos serviços da rede pública para atendimento de crianças e adolescentes dependentes químicos em consonância à Política Nacional sobre Drogas.

Sua participação é de extrema importância para o estudo de alternativas de enfrentamento do crack, que tem se configurado enquanto um problema de saúde público. Sua participação consistirá na resposta a questões abertas formuladas por meio de entrevista agendada com antecedência. As entrevistas serão gravadas para apreender a riqueza das informações emitidas e após transcritas, serão devolvidas aos participantes para aprovação de sua utilização. A devolutiva dos resultados da pesquisa será realizada por meio de um encontro com os profissionais no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), em data a ser agendada.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo a sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. As entrevistas serão registradas por meio da utilização de mídia (MP3) e posteriormente serão gravadas em CD, onde serão mantidas pelo prazo de 5 anos, período após o qual os CDs serão incinerados.

Espera-se que esta pesquisa possibilite o debate dos serviços de saúde em torno do tema “crack” e o estabelecimento de diferentes e novas estratégias para seu enfrentamento, principalmente no que concerne a crianças e adolescentes, público-alvo desta pesquisa.

Informamos que o (a) senhor (a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos a

pesquisadora poderá ser contactada: Daniela Prochnow Gund, Rua Itaúba, 244 Parque Verde- Cascavel-PR, Telefone: (45) 9103 3153/ 3321 5304 ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone (43) 3371 – 2490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Cascavel, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_,  
 RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, estando devidamente esclarecido(a) sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa intitulada, “O enfrentamento da dependência de crack em crianças e adolescentes pelas equipes multiprofissionais da rede de saúde pública do município de Cascavel-PR: desafios e possibilidades”, desenvolvida por Daniela Prochnow Gund, mestranda do curso de pós-graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina (UEL), sob orientação da Profa. Dra. Mabel Mascarenhas Torres, professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina (UEL), concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa, sob a condição de preservação de minha identidade, tanto na coleta dos dados como no tratamento e divulgação dos mesmos. Informo ainda que fui devidamente orientado(a) quanto aos objetivos da pesquisa, autorizo a gravação da entrevista, com a condição de recebimento de cópia escrita do depoimento gravado antes de sua utilização para verificação e autorização.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE C

### FORMULÁRIO QUESTOES ENTREVISTAS

1. Relate sua experiência no atendimento a crianças e adolescentes dependentes de crack.
2. Como deve ser, na sua opinião, o tratamento da dependência de crack em crianças e adolescentes? O que você acha importante que deve ser trabalhado com esse público?
3. Na sua atuação, quais as estratégias utilizadas para o enfrentamento da reincidência no uso de crack por crianças e adolescentes?
4. Na sua opinião, quais são os limites e desafios, na sua atuação, para o tratamento da dependência de crack em crianças e adolescentes (desafios na instituição, na rede de serviços em Cascavel e na política nacional de enfrentamento ao crack e outras drogas)?
5. Quais as metas/projetos futuros do seu trabalho, desta instituição e da rede de serviços para o atendimento de crianças e adolescentes dependentes de crack?