

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SERVIÇOS DE  
SAÚDE

Carolina Bárbara Duarte Silva de Oliveira

O ACOLHIMENTO AOS USUÁRIOS DE CRACK:  
estudo da atenção em saúde na lógica de redução de danos

Rio de Janeiro

2010

Carolina Bárbara Duarte Silva de Oliveira

O ACOLHIMENTO AOS USUÁRIOS DE CRACK:  
estudo da atenção em saúde na lógica de redução de danos

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Gestão em Serviços de Saúde.

Orientador: Marco Aurelio Soares Jorge

Rio de Janeiro

2010

## FICHA CATALOGRÁFICA

Carolina Bárbara Duarte Silva de Oliveira

O ACOLHIMENTO AOS USUÁRIOS DE CRACK:  
estudo da atenção em saúde na lógica de redução de danos

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Gestão em Serviços em Saúde.

Aprovado em: 14 / 12 / 2010.

BANCA EXAMINADORA

---

(Marco Aurélio Soares Jorge – EPSJV / FIOCRUZ)

---

(Nina Isabel Soalheiro dos Santos Prata – EPSJV / FIOCRUZ)

---

(Elisangela Onofre de Souza – EPSJV / FIOCRUZ)

*Dedico este trabalho, como finalização de uma etapa de um longo processo de grandes aprendizagens e experiências, ao meu Senhor Jesus Cristo.*

## **AGRADECIMENTOS**

Entendo o trabalho de conclusão de curso como uma finalização de uma fase de um longo processo de aprendizagem e construção de conhecimentos. Por isso, em primeiro lugar, agradeço a Deus, pois acredito que se não fosse por Ele toda a minha experiência no mundo da Politécnica não seria possível. Agradeço por Ele sempre estar presente e por me presentear com a oportunidade de estudar na Politécnica, o que somente acrescentou no meu amadurecimento tanto acadêmico quanto pessoal.

Meus agradecimentos também vão para meus familiares mais próximos e para aqueles amigos que são como irmãos, pois sempre me motivaram a ultrapassar as dificuldades e me apoiaram em todos os sentidos.

E no momento dos agradecimentos não poderiam faltar meus amigos de turma, com os quais vivenciei e construí esse longo, embora curto período. Quero agradecer em especial, os amigos mais íntimos com os quais compartilhei angústias, discussões, dificuldades, medos, mas, sobretudo, muitos sorrisos e risadas.

A todos vocês, meu muito obrigada!

*“As drogas, mesmo o crack, são produtos químicos sem alma: não falam, não pensam e não simbolizam. Isto é coisa de humanos. Drogas, isto não me interessa. Meu interesse é pelos humanos e suas vicissitudes”.*

*(Antonio Nery Filho)*

## RESUMO

O crack é uma droga derivada da cocaína e que por ter um preço muito baixo, no Brasil se tornou uma droga muito consumida. O Rio de Janeiro, por exemplo, tem protagonizado uma situação alarmante em relação ao consumo de crack. Pessoas de todas as classes sociais têm se encontrado nesse vício, principalmente jovens moradores de rua. No Brasil, existe uma rede de assistência a usuários de álcool e outras drogas a qual tem me mobilizado em pensar e criar estratégias específicas para o enfrentamento dessa situação. Essas estratégias se fundamentam na política de redução de danos do Ministério da Saúde, que objetiva conscientizar os usuários a respeito dos danos causados pelo consumo da droga, e simultaneamente prestar uma assistência básica para aqueles que ainda não estão inseridos na rede de saúde. O presente trabalho tem por objetivo estudar as estratégias de atenção aos usuários de crack, na lógica da Política de Redução de Danos, e a importância dessas estratégias. Para isso, o trabalho foi baseado em entrevistas com profissionais de saúde envolvidos nesse âmbito.

Palavras-Chave: Drogas. Crack. Usuários de Crack. Serviços de Assistência. CAPS. Consultórios de Rua.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2 CONTEXTUALIZAÇÃO E FUNDAMENTÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>10</b>
2.1 O que é.....	10
2.2 Histórico no mundo e no Brasil.....	11
2.3 Conseqüências do consumo.....	16
<b>3 A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....</b>	<b>18</b>
<b>4 A CONSTRUÇÃO DOS CENTROS PSICOSSOCIAIS.....</b>	<b>20</b>
<b>5 A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS.....</b>	<b>24</b>
<b>6 A METODOLOGIA – ENTREVISTAS, DESCRIÇÃO E COMENTÁRIOS.....</b>	<b>33</b>
6.1 Primeiro bloco: o funcionamento do CAPS AD ALAMEDA.....	35
6.2 Segundo bloco: estratégias que são dirigidas em ambientes externos ao CAPS AD.....	41
<b>7 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>55</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>58</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>59</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O crack tem sido um assunto muito falado e discutido pela mídia e pela sociedade de modo geral. As reportagens assistidas e o conhecimento de alguns dados estatísticos relativos ao consumo da droga, as suas consequências e à magnitude que essa questão tem tomado me levaram ao questionamento a respeito do que tem sido feito pelo poder público em relação a isso.

De modo geral, a própria mídia respondia as minhas perguntas, pois em sua maioria, as reportagens mostram que usuários tendem a se concentrar às margens das linhas do transporte ferroviário para consumir a droga e que ações de repressão estão sendo exercidas como estratégia no combate ao consumo. Essas ações têm por finalidade garantir a ordem pública, pois é alegado que os usuários representam um grande risco à população porque estariam predispostos a cometer vários tipos de delitos com a intenção de obter dinheiro e assim manter o vício.

Contudo, a formação técnica em Gestão em Serviços de Saúde levou ao surgimento de outra questão. A partir de algumas aulas, foi apresentada a informação de que o desenvolvimento de dependência química é classificada como transtorno mental. Logo, usuários desses tipos de substâncias são considerados portadores de transtornos mentais, o que não faz sentido o governo enfrentar a questão com a repressão dessas pessoas.

Inicialmente, na tentativa de sanar a dúvida, realizei uma pesquisa na Internet, a qual revelou a existência de programas que prestam assistência aos usuários e às suas respectivas famílias. Esses programas foram criados pelo Ministério da Saúde em conjunto com algumas outras áreas (Assistência Social, Direitos Humanos etc) apresentando-se como uma eficiente estratégia para o enfrentamento da situação, pois visa a redução dos possíveis danos ocasionados pelo consumo do crack, o tratamento e a inserção do usuário na sociedade. Desconstruindo, dessa forma, a idéia que a maioria da população tem que é a internação do usuário como única saída e que por isso é a medida mais comum a ser tomada. Ou então, de uma forma mais trágica, a entrega do usuário para a polícia.

A escolha do assunto para ser desenvolvido no trabalho de conclusão de curso foi determinada pela descoberta de tais dispositivos e pelo interesse na questão do acolhimento aos usuários de crack.

Essa pesquisa se apresenta com grande relevância pelo fato de existirem poucas pesquisas a respeito de estratégias existentes na atenção aos usuários de crack, mas que provoca um enorme impacto sobre a saúde dos usuários e sobre a vida da população em geral.

O presente trabalho tem por objetivo estudar as estratégias de atenção aos usuários de crack, na lógica da Política de Redução de Danos, e a importância dessas estratégias. Para isso, o trabalho foi baseado em entrevistas com profissionais de saúde envolvidos nesse âmbito.

Aspectos como o surgimento da droga, as estratégias de enfrentamento, a importância da articulação entre os setores da sociedade na assistência a usuários de crack, as dificuldades encontradas pelos profissionais, entre outros foram tratados neste trabalho.

## 2 CONTEXTUALIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 O QUE É

Na antiguidade, a maioria dos medicamentos era produzida através do uso de plantas. O termo droga se deve a esse fato e tem sua origem na palavra holandesa *drogg*, que significa “folha seca” (BRASIL, c2007).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), droga “é qualquer substância não produzida pelo organismo, que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento” (NICASTRI, [2008]).

Existem diversas formas de classificação das drogas. A partir do ponto de vista legal, elas são classificadas em drogas lícitas ou ilícitas. As drogas lícitas são aquelas que podem ser comercializadas oficialmente, ou no caso de alguns medicamentos, podem ser obtidas a partir da prescrição médica. E as drogas ilícitas são aquelas que têm seu consumo proibido por lei. (NICASTRI, [2008]).

A outra forma de classificação das drogas é a que divide os tipos conforme os efeitos provocados no Sistema Nervoso Central. Essa forma didática classifica as drogas em três grupos: drogas depressoras da atividade mental; drogas estimulantes da atividade mental; e drogas perturbadoras da atividade mental. (NICASTRI, [2008]).

Nesse projeto a abordagem será voltada para as questões relativas às drogas estimulantes da atividade mental, especialmente o crack, o qual deriva da cocaína.

A cocaína pode ser extraída de diversas espécies vegetais da família Eritroxilaceae, porém a mais utilizada é a da espécie *Erythroxylon coca*, ou como é conhecida popularmente como folha da coca (NICASTRI, [2008]; TULLER et al, 2007).

O processo de preparação da cocaína consiste nos seguintes procedimentos. Primeiramente, expõem-se todas as folhas ao sol, logo após a colheita, para uma rápida secagem. Depois de secas, as folhas são encaminhadas para um local próximo para evitar a decomposição do princípio ativo presente nas mesmas. Nesses locais, as folhas serão moídas e colocadas em uma prensa, na qual será adicionado um solvente orgânico que extraia delas os princípios ativos, tal como ácido sulfúrico, querosene ou gasolina. As folhas devem ficar nessa prensa até que se forme uma massa, chamada de pasta-base, que contém até 90% de sulfato de cocaína. (DOMANICO, 2006).

Com a formação da pasta, o processo concentra-se na obtenção do pó da cocaína. Essa segunda etapa é mais complexa e necessita de equipamento mais sofisticado e treinamento

específico para retirar as impurezas restantes. Para tanto se utiliza o ácido hidrolórico, o qual age como solvente sobre a pasta produzindo o cloridato de cocaína, que é o pó branco e cristalino (DOMANICO, 2006).

Nessa forma a cocaína pode ser consumida através da aspiração do pó ou da dissolução do mesmo em água para a injeção intravenosa. Na forma de pasta-base, a cocaína pode ser fumada tendo dois produtos a merla e o *freebase*. (NICASTRI, [2008]; DOMANICO, 2006).

O crack também é uma forma fumável da cocaína, entretanto para a sua obtenção deve-se realizar mais uma etapa. Esta consiste da mistura do cloridato de cocaína à água e ao bicarbonato de sódio e por fim, o aquecimento da mesma. Ao secar, a mistura adquire a forma de pedras duras e fumáveis. Assim, o crack não sofre nenhum tipo de purificação, contendo em sua forma final alcalóides de cocaína, bicarbonato de sódio e todos os outros ingredientes que haviam sido adicionados anteriormente ao pó. E, além disso, podem ser (ou são) adicionadas à mistura outras substâncias tóxicas como gasolina, querosene e até água de bateria. (DOMANICO, 2006; BRASIL, 2009).

## 2.2 HISTÓRICO NO MUNDO E NO BRASIL

Sabe-se que a utilização de substâncias que provocam alterações no funcionamento do organismo não é um fenômeno recente. Estudos indicam que desde a Antiguidade o uso de substâncias originárias de plantas já era uma prática dos povos. Eles as utilizavam para minimizar dores, em cerimônias e rituais religiosos, para promover a capacidade física e psicológica nos momentos de batalha, para proporcionar bem-estar e até mesmo para matar inimigos ou provocar a própria morte. (RIBEIRO, 2009; TULLER et. al., 2007).

Os europeus, ao entrarem em contato direto com culturas de outros povos, se depararam com a tradição de consumo desse tipo de substâncias, principalmente entre os povos andinos. Estes mastigavam a folha de coca com algum outro produto de natureza alcalina, o que fazia liberar a cocaína presente nas folhas. Para eles, esse consumo era e ainda é um fator importantíssimo para suportar as condições do ambiente em que habitam, pois os efeitos obtidos suprem a sensação de fome, de frio e de cansaço oriundos das grandes altitudes. (DOMANICO, 2006).

Os europeus demoraram a comprovar os efeitos da folha de coca, o que os levou a concluir que tudo aquilo que era relatado pelos andinos era efeito da imaginação ou de pactos com o Diabo. Todavia, essa demora na comprovação tem seus motivos. O tempo de duração

de uma viagem a navio da região dos Andes para a Europa, naquela época, demorava muito, o que acarretava na perda dos princípios ativos da folha, e isso impossibilitava a comprovação de seus efeitos. Outro motivo era a forma incorreta como os europeus as mastigavam. (DOMANICO, 2006).

O desenvolvimento da química no século XIX possibilitou a comprovação dos efeitos da cocaína. E a partir disso, ela começou a ser usada para inúmeras finalidades, tais como na terapia de depressão, no tratamento de perturbações digestivas, o tratamento de tuberculose, a abstinência de alcoolistas e opiômanos, no alívio da asma, como estimulante e produto afrodisíaco, como remédio para dores de cabeça, muscular e de dente e como anestésico local. Nessas diversas atividades a cocaína era consumida por via endovenosa ou por aspiração intranasal, além de ser consumida em vinhos, pastilhas e unguentos. (DOMANICO, 2006).

Apesar da popularização do uso da cocaína no período de 1885 a 1905, existiam críticas a esse consumo generalizado e não medicamentoso da mesma. Havia um movimento a favor da prudência da utilização da cocaína. (DOMANICO, 2006).

Nesse mesmo momento, nos EUA começaram a surgir campanhas racistas a favor da proibição do uso de cocaína, pois esta era uma droga muito consumida pelos negros e considerava-se que o consumo dela os levava a praticar atos de violência contra os brancos. (DOMANICO, 2006).

Em meados de 1920, essa droga já não tinha mais o prestígio que havia alcançado logo após a descoberta de seus efeitos. Ela passou a ser entendida como prática de populações marginalizadas, como os negros. Esse fato influenciou a incidência de consumo da população, entretanto não o finalizou. (DOMANICO, 2006).

Com o tempo, o consumo de drogas, em especial a cocaína, passou a ser considerado um problema social, deixando de ser somente uma característica de rituais religiosos, nos quais esse hábito era reconhecido como expressão de valores de determinada sociedade, e passando a ser consumida para inúmeras finalidades. Complicações crônicas em massa foram surgindo, o que levou à proibição do consumo da substância nos principais países ocidentais, a partir dos anos de 1910 e 1920. (DUAILIBI, 2008; MACRAE, [2009]).

Só a partir da década de 1970, a cocaína voltou a ser largamente consumida. Isso porque na época, a anfetamina e a maconha estavam sofrendo uma grande repressão governamental, o que levava, às vezes, à falta das mesmas no mercado clandestino. Entretanto, o consumo de cocaína se restringia às camadas de maior poder aquisitivo em razão do seu alto preço. (DOMANICO, 2006).

Na década de 1980 descobriu-se outra forma de consumir a cocaína: o crack. Ele é consumido de forma fumável e segundo Domanico (2006), o ato de fumar é uma forma mais eficiente de levar uma droga ao cérebro, fazendo-se necessário uma quantidade menor da mesma para atingir os efeitos obtidos pela injeção ou inalação. Logo, o crack se tornou acessível às camadas mais pobres, pois para produzir efeitos intensos, a sua produção necessita de uma pequena quantidade de cocaína, o que acarretou em uma considerável redução do preço. (DOMANICO, 2006).

Paralelo a isso, havia o controle governamental que cada vez mais intensificava o domínio sobre a venda dos insumos químicos necessários para a transformação da pasta-base em cocaína, levando à falta desses no mercado. Esses insumos não são utilizados para a fabricação do crack, e isso contribuiu ainda mais para a disseminação da sua produção e do seu consumo. E ainda segundo Domanico (2006), isso favoreceu a maior utilização da pasta-base, aumentando muito a produção e evitando os prejuízos no negócio do tráfico.

“ A ‘epidemia do crack’ pode, portanto, ser considerada, de certo modo, um resultado da política proibicionista antidrogas, uma vez que a ausência dos componentes químicos ‘obrigou’ os comerciantes de drogas a recuperar o uso da cocaína fumada” (DOMANICO, 2006, p. 15).

Pensando essa questão do surgimento do crack e direcionando-a para o âmbito brasileiro, infelizmente deve-se constatar que poucas são as informações a respeito de como foi a chegada do crack no território nacional.

Segundo Marcus Vinícius Braga, delegado titular da Delegacia de Combate às Drogas (Dcod), até meados de 2003 os traficantes não queriam comercializar o crack por se tratar de uma droga barata e rapidamente viciante, o que conseqüentemente levaria ao crescimento de dívidas entre usuários e o tráfico, e também à destruição do mercado consumidor, dado as letais e rápidas conseqüências da droga. Contudo, após uma combinação entre os traficantes de São Paulo e a maior facção criminosa fluminense, a droga passou a ser vendida também no Rio de Janeiro. (FREIRE, 2008; DOMANICO, 2006).

Em 2008, Jairo Werner Júnior, pesquisador e professor da Faculdade de Educação (EDU) da UERJ, já anunciava o perigo eminente do consumo do crack nas ruas do Rio de Janeiro. E em maio do mesmo ano, a hipótese do avanço do consumo de crack nesse estado foi confirmada pela polícia através de uma apreensão de 2378 pacotes em uma favela do subúrbio. (AUTORIDADES, [2009]; NOTÍCIAS, 2008).

Conforme Relatório Mundial sobre Drogas (2009), o consumo de crack só vem aumentando no Rio de Janeiro e de acordo com Fernando William, secretário de Assistência

Social, especula-se que existam mais de 300 pontos de vendas da droga no estado. (AUTORIDADES, 2009).

Consoante a esses e a outros dados, pode-se afirmar que o Rio de Janeiro atualmente está vivenciando uma “epidemia” de consumo de crack. Isso pode ser melhor compreendido a partir da análise de diversos fatos. O primeiro e maior deles é o fato do Brasil ocupar atualmente a posição de principal rota de tráfico de cocaína da América Latina. (NOTO et al.,1999).

Um outro fator determinante para essa compreensão é a questão de que as drogas são usadas para a obtenção de prazer, descontração, euforia ou para aliviar a ansiedade, a mágoa, a dor e a privação (TULLER; ROSA; MENEGATTI, 2007). Os usuários, em especial os moradores de rua, se encontram em um contexto de marginalização e exclusão social, não têm expectativas de vida, a ansiedade da constante possibilidade de repressão policial, entre outros fatores os levam a um estado de tensão muito grande. E a droga funciona justamente para amenizar toda essa tensão (TORRES, 2010), pois de acordo com Antón (apud TULLER; ROSA; MENEGATTI, 2007), o abuso de drogas é um hábito adquirido e aprendido socialmente, e a sua continuidade se deve a razões de natureza psicológica ou fisiológica, ou seja, no caso dos moradores de rua, o contexto ao qual estão submetidos os ensina e estimula na continuidade do vício, primeiramente por razões psicológicas e posteriormente por razões fisiológicas, quando já encontra-se em estado de dependência. Por isso, a maior incidência de uso do crack está entre a população de rua. E, além disso, a sensação de euforia provocada pela droga faz o usuário se sentir poderoso, sentimento que o incentiva a ter atitudes, às vezes violentas.

O controle repressivo exercido mundialmente sobre os insumos necessários para a fabricação do crack também deve ser entendido como um fator importante, pois isso induz a utilização de outros diversos tipos de ingredientes, o que barateia a produção. E a lógica do mercado é sempre a mesma: quanto mais barata a produção mais rentável é a venda. Isso acarreta um aumento no número de fabricantes, os quais são atraídos pela rentabilidade das vendas. Conseqüentemente, ocorre um aumento da fabricação caseira, ou seja, aumento das fontes distribuidoras. (BRASIL, 2009).

E por último, mas não menos determinante, são os efeitos do crack que apesar de serem intensos, duram pouco tempo, levando o usuário a consumir a droga diversas vezes ao dia.

Todos esses fatos foram levando a situação em que nos encontramos hoje, chamada pela mídia de “epidemia do crack”. Entretanto, essa expressão não pode ser usada para fazer

referência a atual situação, pois epidemia é entendida como uma doença contagiosa, o que não é o caso.

A situação se alarmou no final do ano passado em 2009 e em entrevista, o secretário municipal de Assistência Social admitiu que a prefeitura não tinha abrigo e centro de reabilitação suficientes para suprir a demanda (AUTORIDADES, 2009). Isso pode ser explicado por dois motivos, ou os serviços públicos não estão preparados no sentido de se organizarem para oferecer à população os serviços de assistência, ou o que houve foi mesmo um descaso por parte do setor público, pois se sabia da gravidade do problema.

A partir de então, a mídia em geral está constantemente divulgando notícias dos acontecimentos relativos ao crack. Muitas propagandas e programas de TV estão sendo transmitidos à população. Além desses instrumentos de divulgação de informações, muitas reportagens estão sendo realizadas, as quais relatam as conseqüências do uso, o estado físico, psíquico e social deprimente dos usuários.

Essas reportagens muitas das vezes têm a intenção de mostrar o lado negativo, fazendo disso um instrumento de prevenção. Isso porquê tende-se a pensar que quando se conhece as conseqüências de uma atitude, e sendo estas negativas, a possibilidade dos homens de a praticarem é bem menor. Essa ação, segundo a Organização Mundial de Saúde (apud NOTO, 1999) pode ser classificada como prevenção primária. Entretanto, essa estratégia de divulgação das informações através do amedrontamento é considerado inadequado e deve ser substituído pela divulgação de informações gerais e isentas a respeito das drogas. (NOTO, 1999).

Na rádio, por exemplo, estão tocando algumas propagandas musicais que incentivam as pessoas a nunca usarem o crack, pois ele causa “escravidão” e elas realçam os efeitos e as conseqüências desse uso. Outro exemplo é a Campanha do próprio Ministério da Saúde, a qual diz: “Nunca use crack”. A campanha evidencia que a droga possui alto grau de dependência e mata, portanto não deve nem mesmo ser experimentada. Por outro lado, ela também informa que essa questão não é preocupação somente do governo, mas também da sociedade como um todo.

A mídia também informa, mesmo que de maneira superficial, quais as medidas que estão sendo tomadas em relação a essa “epidemia” que pode ser considerada um problema de saúde pública. Como a mídia televisiva, em geral, é o meio de comunicação que abrange grande parte da população, ela deveria esclarecer mais em suas reportagens as medidas que estão sendo tomadas pelo governo, ou seja, que existe assistência na rede pública de saúde. A não abordagem de maneira ampla está possibilitando e induzindo o pensamento de que não

existe chance para aqueles que por algum motivo se envolveram com essa droga. O que é um equívoco, apesar da recuperação do usuário ser um processo bastante intenso e difícil. E o que está acontecendo é a entrega dos usuários à polícia, os impossibilitando de um tratamento.

A mídia está estruturando uma cruel imagem do usuário de crack. Através dela é dito que estes são moradores de rua e que o vício os estimula a criminalidade. A sociedade então automaticamente entende que eles devem ser presos.

Conclui-se com isso que a sociedade em geral está desenvolvendo uma idéia a respeito das consequências do crack e que elas tornam o usuário mais um criminoso nas ruas da cidade. Essas idéias dificultam qualquer proposição de trabalho onde o enfrentamento do uso do crack se dê em conjunto com ações de melhoria da qualidade de vida e de combate ao estigma e a consequente integração do sujeito na sociedade.

### 2.3 CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO

A pedra de crack é quebrada e fumada de duas formas: junto com o cigarro de tabaco ou de maconha; ou em cachimbos improvisados, o que é mais comum. Apesar disso, esta forma torna o consumo ainda mais prejudicial à saúde, pois dependendo do material utilizado para a queima das pedras, outros danos podem ser agrupados aos danos resultantes das substâncias tóxicas utilizadas para a fabricação. (BRASIL, 2009).

Por exemplo, se o cachimbo improvisado for feito a partir de latinha de alumínio, ao esquentá-la para promover a queima das pedras, as moléculas de alumínio se soltam e ao aspirar a fumaça do crack, o usuário também estará inalando o alumínio. E o excesso de alumínio nos rins, impede a eliminação de todas as impurezas pela urina, fazendo com que ele permaneça no organismo. Essa permanência tende a acumulação no cérebro e nos ossos, provocando alterações que podem levar à demência e ao agravo do Mal de Alzheimer; e ao enfraquecimento dos ossos, respectivamente. (TULLER; ROSA; MENEGATTI, 2007).

Essa situação se agrava ainda mais quando a lata de alumínio é coletada na rua ou no lixo, o que possibilita a contaminação infecciosa. Aliás, como a quantidade de fumaça é maior quando se utilizam latinhas, a intoxicação pulmonar provocada pela droga é muito mais intensa. (BRASIL, 2009).

Essa forma de consumo da cocaína resolve dois problemas para os usuários. Antes da descoberta do crack, o pó úmido ou de difícil aspiração ou era descartado ou para consumi-lo, o usuário se utilizaria da injeção endovenosa. Mas para tal, faz-se necessário equipamentos específicos para esse tipo de manipulação, tais como seringa, agulha etc. Alguns usuários têm

medo da injeção e, além disso, esta via passou a ser vinculada, a partir de 1980, como transmissora do vírus da AIDS. (DOMANICO, 2006).

Ao ser aspirada, a fumaça, passa pelos alvéolos pulmonares e entra na circulação, atingindo o cérebro. Em contato com o Sistema Nervoso Central, a droga age diretamente nos neurônios, bloqueando a recaptura do neurotransmissor dopamina, o que faz manter a substância por mais tempo nos espaços sinápticos. Com isso, as atividades motoras e sensoriais são super estimuladas. A droga causa o aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, provoca o risco de convulsão, infarto e derrame cerebral. A substância passa pelo restante do organismo através da circulação sanguínea e é eliminada pela urina. (TULLER; ROSA; MENEGATTI, 2007).

As consequências do consumo do crack são diversas, apresentando-se como um “efeito dominó”. Biologicamente, a inspiração de partículas sólidas provoca problemas respiratórios. Além disso, o efeito estimulante da droga provoca a perda de apetite, falta de sono e agitação motora. A falta de apetite pode levar o usuário à desnutrição, desidratação e gastrite. Quando os efeitos da droga diminuem no organismo do usuário, ele sente depressão e sensação de perseguição. (BRASIL, 2009).

As consequências físicas podem ser caracterizadas pelas rachaduras nos lábios, provocada pela falta de ingestão de água e diminuição de saliva; pelos cortes e queimaduras nos dedos das mãos e às vezes no nariz, o que é provocado quando o usuário quebra e queima a pedra. (BRASIL, 2009).

Referente às consequências sociais pode-se dizer que há graves perdas dos vínculos familiares, escolares e de trabalho, podendo-se incluir também a marginalidade e a criminalidade. E a exposição do usuário ao risco social e de doenças é bem maior. Isso porque eles, às vezes, trocam sexo por drogas e podem cometer delitos para adquiri-la.

O consumo leva também a consequências que não se limitam propriamente à substância, podendo ter consequências relacionadas com as práticas decorrentes do uso. Por exemplo, ao trocarem sexo por dinheiro, o risco de contração de DSTs é muito alto, pois geralmente o sexo não é feito com a proteção de preservativos.

### 3 A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

O crescimento do uso indevido de substâncias psicoativas trouxe consigo problemas drásticos tanto para os usuários quanto para a sociedade na qual estão inseridos, tais como cirroses, problemas respiratórios, transmissão do vírus da AIDS e da hepatite, acidentes automobilísticos, violência, além da desestruturação familiar e social vivida por alguns usuários.

Frente a esse contexto, os países se posicionaram tomando decisões que objetivavam o controle da situação. Esses posicionamentos vão do proibicionismo, que tenta controlar tanto a oferta como a demanda das drogas, ao liberalismo, complementado por ações que garantam o controle das consequências do uso indevido.

No Brasil, adota-se a política do proibicionismo moderado, ou seja, mesmo sendo crime o uso de drogas, este não é passível de pena de prisão. O usuário pode ser punido de outras maneiras tais como, a prestação de serviços à comunidade, ou receber uma advertência, ou ter que comparecer a um programa educacional. Todavia, o tráfico de drogas é passível de prisão.

O aumento da incidência de casos de uso inadequado de drogas e a necessidade de definição de estratégias específicas de enfrentamento que visam o fortalecimento da rede de assistência aos usuários resultaram na adoção, por parte do governo, de uma outra medida que abrangesse a realidade dessas pessoas. Assim, em 2003 o governo brasileiro lança a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

Essa política surgiu no contexto no qual passou-se a compreender que a dicotomia na área da saúde, ou seja, saúde clínica/saúde coletiva, não traz resultados expressivos e ao mesmo tempo, não abrange toda a amplitude da questão do uso/abuso de drogas. (BRASIL, 2003).

Dessa forma, a política do Ministério da Saúde se configura por trazer uma estratégia que se caracteriza por enfatizar não somente a abstinência, mas principalmente, focar em práticas que pretendam reabilitar os usuários em termos biológicos, psicológicos e sociais, considerando a subjetividade de cada um desses indivíduos. Essa política antes de tudo age em prol da defesa da vida.

A política institucionalizou os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas como o dispositivo da rede de serviços de saúde, responsável por organizar a assistência prestada a população relativa a essas questões. Isto porquê, de acordo com ela, os serviços oferecidos às pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras

drogas devem estar centralizados em dispositivos comunitários que busquem a reabilitação e reinserção social dos usuários, destinando desse modo a criação de centros de atenção psicossocial para usuários de álcool, e outras drogas - os CAPS ad (BRASIL, 2003).

Na política do Ministério da Saúde fica clara a compreensão da necessidade de se pensar propostas que atuem de modo integrado e diversificado através de ofertas terapêuticas, preventivas, reabilitadoras, educativas e promotoras de saúde; e que por isto os problemas com o uso indevido de álcool e outras drogas deve ser tratado por diversos setores da sociedade que devem se inserir no processo de assistência, tais como a saúde, a assistência social, a justiça, a educação, a cultura etc.

Nessa perspectiva, esses dispositivos se constituem como serviços extra-hospitalares articulados com a rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde, fazendo uso do conceito de território e rede (BRASIL, 2003).

Em nossa sociedade, a maioria dos usuários de drogas são taxados como criminosos e delinquentes. A existência desse estigma moral promove a exclusão social desses usuários. Por isto, a necessidade de uma estratégia que tente suprir com as amplas necessidades das pessoas que fazem uso indevido de drogas.

Nesse sentido, os CAPS ad devem funcionar através de estratégias de reabilitação e reinserção do indivíduo, trabalhando juntamente com a comunidade por meio de ações de informação, prevenção, mudanças de crença e normas individuais; e também a partir da lógica de redução de danos (BRASIL, 2003).

Nos próximos capítulos dessa pesquisa as questões abordadas serão àquelas relativas à esses dispositivos de atenção aos usuários de álcool e outras drogas; e também a lógica de redução de danos, estratégia adotada para a estruturação dos CAPS ad.

#### 4 A CONSTRUÇÃO DOS CENTROS PSICOSSOCIAIS

A classificação feita em torno das drogas (lícitas ou ilícitas) direcionou por muito tempo as ações de intervenção de políticas públicas para as drogas ilícitas. Durante esse período, a Saúde Pública não desenvolvia ações consistentes no problema drogas, se restringindo à análise técnica da demanda e realizando ações de modo superficial a respeito do consumo prejudicial do álcool. (DELGADO, 2005).

Por sua vez, as drogas ilícitas recebiam intervenções com ênfase na repressão, realizada desde a produção ao consumo, e no tratamento a partir da lógica da abstinência. (DELGADO, 2005).

Nessa perspectiva, as pessoas que sofriam com transtornos mentais decorrentes do consumo indevido de álcool e outras drogas recebiam assistência pública através de internações destinadas à desintoxicação.(CRUZ; FERREIRA, 2007).

Existiam também, e ainda existem, os grupos de mútua ajuda e instituições filantrópicas que trabalham com a mesma lógica de tratamento, ou seja, a abstinência. (DELGADO, 2005).

Os usuários de álcool e outras drogas que por motivos específicos desenvolviam problemas nessa relação, homem/drogas estavam incluídos no grupo social denominado de alienados, expressão a qual se referia àqueles que sofriam de distúrbios mentais.(CRUZ; FERREIRA, 2007).

Dessa forma, eles estavam incluídos naquilo que Amarante (2008) denomina de lógica do manicômio, ou seja, toda a lógica institucional, política, jurídica, ideológica, social, cultural e conceitual formulada em torno do conceito de doença mental.

O tratamento fornecido a partir dessa lógica, segregava os doentes do restante da sociedade, os submetia à coquetéis de medicamentos que atuam no sistema nervoso central, à intolerâncias e violências, à punições com choques elétricos etc, violando os direitos humanos e da dignidade dos internados. (AMARANTE, 2008).

A partir do final da década de 1970, diversos atores envolvidos na atenção à saúde mental impulsionados pelos movimentos de redemocratização começaram a repensar a assistência oferecida aos doentes mentais, dando início assim ao que veio a ser denominada de Reforma Psiquiátrica no Brasil. (AMARANTE, 2008)

Ainda segundo Amarante (2008), a participação de profissionais da área de saúde mental, pacientes e familiares, além do crescimento da consistência dos debates e da participação de outros movimentos sociais resultou na elaboração de uma nova legislação

para os portadores de doenças mentais e no entendimento da importância de uma rede de serviços extra-hospitalares e desconstrução da lógica dos manicômios.

No decorrer do processo, a Reforma passou a lutar por mais um objetivo. Os esforços não se restringiam apenas em reformular o modelo assistencial, mas também em introduzir mudanças na sociedade.

A introdução do lema “Por uma sociedade sem manicômio” é o reflexo dos avanços proporcionados pelos movimentos da Reforma na sociedade brasileira.

O sistema de atenção previsto pela Reforma tem o objetivo de atender as pessoas que necessitam de apoio tanto em suas relações mínimas para o cuidado de si quanto em suas relações com o meio social, econômico e político.

Sob essa conjuntura surge a criação do primeiro serviço de atenção psicossocial do país, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo, que representa a concretização de um serviço disposto a construir-se diferentemente da lógica manicomial.

[...] oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2004, p. 13).

Além desse acontecimento, a constatação de que ocorriam de fato violências contra pacientes internados favoreceu o processo de “desconstrução do manicômio”. E, a partir de então, no final da década de 1980 iniciou-se a construção de uma rede de serviços que eram chamados de serviços substitutos, inicialmente centralizados em Santos. Estes eram constituídos por Núcleos de Atenção Psicossocial, um serviço de emergência psiquiátrica no hospital geral, centros de convivência, hospitais-dia, uma residência para ex-internos do hospital que não tivessem condições de moradia e cooperativa de trabalho (AMARANTE, 2008).

Com essa ampla variedade de serviços, estratégias e dispositivos, além das perspectivas que passaram a vigorar, em 1992 foram estabelecidos e regulamentados os novos procedimentos em assistência psiquiátrica e atenção psicossocial, ou seja, consultas ambulatoriais e internações psiquiátricas e atendimentos em serviços de atenção psicossocial.

Dessa forma,

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado

como seu ‘território’, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004, p. 9).

Conforme a Portaria nº 336/GM de 19/02/2002 (BRASIL, 2002), esses serviços são constituídos por cinco modalidades, as quais se destinam a diferentes grupos de transtornos psíquicos, e se estruturam em rede. Eles se diferenciam também pelo porte/complexidade e abrangência populacional.

Modalidades	Abrangência populacional	Horários de funcionamento	Dias de funcionamento	Clientela
Caps I	Entre 20 a 70 mil	8 às 18h	Segunda a sexta	Adultos
Caps II	Entre 70 a 200 mil	8 às 18h, podendo ter um terceiro turno até às 21h	Segunda a sexta	Adultos
Caps II-i	Acima de 200 mil	8 às 18h, podendo ter um terceiro turno até às 21h	Segunda a sexta	Crianças e adolescentes
Caps II-ad	Acima de 100 mil	8 às 18h, podendo ter um terceiro turno até às 21h	Segunda a sexta	Pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas
Caps III	Acima de 200 mil	24h	Diariamente, inclusive nos feriados e fins de semana	Adultos

QUADRO 1 – Organização da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Fonte: O Autor.

Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos a comunidade e que constituem a rede extra-hospitalar oferecendo atendimento diário àquelas pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. (BRASIL, 2004).

Esses dispositivos mostram-se como estratégia de cuidado que buscam a reabilitação do doente mental e a sua reinserção na sociedade, procurando atender todas as necessidades durante o processo de tratamento e agindo de forma articulada com outros dispositivos da sociedade como educação, cultura, assistência social, justiça entre outros permitindo o acesso ao trabalho, ao lazer, ao exercício dos direitos civis e ao fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (BRASIL, 2004).

Uma vez que os CAPS propõem ações desse nível, alguns de seus projetos muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física dos centros, em busca da rede de suporte social, potencializando suas ações e modificando também a cultura da sociedade.(BRASIL, 2004).

Os CAPS exercem a função de organizar e atender a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Contudo, eles somente prestam atendimento direto aos

casos que apresentam padrão de dependência e/ou grave comprometimento social e familiar. Os demais casos podem e devem ser atendidos pela atenção básica, que conta com o suporte oferecido pelo CAPS ad e os demais setores necessários à assistência dos usuários do serviço. (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), eles se estabelecem como os articuladores estratégicos da rede e da política de saúde mental no território no qual atuam, funcionando como substitutos dos hospitais psiquiátricos e não como complementares dos mesmos.

O presente trabalho se deterá em descrever somente os CAPS ad por se tratarem de serviços de assistência aos usuários de álcool e outras drogas. Entendendo-os desta forma, eles são de extrema importância para esses usuários, pois possuem estrutura para os acolher, tratar e reinserí-los na sociedade.

Assim como nos outros centros, nos CAPS ad a assistência prestada é composta de: atividades como atendimento individual, em grupos e em oficinas terapêuticas; visitas e atendimentos domiciliares, os quais incluem também os familiares; e atividades comunitárias. Essas têm por objetivo integrar a pessoa, no caso, o dependente químico, à comunidade e reinserí-lo familiar e socialmente. Refeições também são oferecidas, conforme o tempo de permanência no local.

Em relação à estrutura, os CAPS ad dispõem de espaços para o atendimento terapêutico individual ou coletivo e leitos de repouso. Estes últimos, destinados para situações de crise ou tratamento de desintoxicação (BRASIL, 2004).

Além de toda essa organização e estrutura, os CAPS ad trabalham com a perspectiva da redução de danos.

## **5 A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS**

A partir da década de 1960, jovens e estudantes dos Países Baixos estavam inseridos em um processo de questionamento e busca por mudanças. Devemos considerar o contexto político da época, o qual os levava a questionar sobre a ordem social que estava estabelecida e que os impulsionava por buscar mudanças não somente no âmbito social, mas também no cultural (MARLATT, 1999a).

A busca por mudanças despertava nos jovens a vontade de conhecer coisas novas, coisas que muitas vezes eram consideradas moralmente ruins. E nesse pacote estavam as drogas. Fazer uso de drogas era um tipo de resistência, de questionamento da ordem e dos valores que estavam estabelecidos. (MARLATT, 1999a).

O consumo de drogas por uma parcela cada vez maior da população holandesa fez com que aumentassem os casos com problemas decorrentes do uso indevido, tais como a AIDS e hepatite. Em resposta a essa demanda, já na década de 1970, as autoridades implementaram uma política repressiva, sob a qual, impunham sentenças severas para quem fosse flagrado em posse de drogas ilícitas. Paralelo a isso, crescia um movimento de tratamento que se baseava no alcance da abstinência dos usuários de drogas. (MARLATT, 1999a).

Segundo Marlatt (1999a), em 1980, foi fundada uma espécie de sindicato para usuários de drogas pesadas chamado Junkiebond. Foi com a implementação desse espaço que surgiram as primeiras idéias que ajudaram a formular o que é atualmente a política de redução de danos. A partir desse momento, começou-se a pensar que o mais relevante seria combater a deterioração dos usuários, e não somente, lutar para eliminar o hábito de se drogar.

Referente a isso, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), diz que existem casos em que o usuário não consegue ou não quer abster-se, e o melhor a se fazer nessas situações é tentar melhorar as condições de vida do dependente, de maneira que a necessidade química não domine sua vida. Ou seja, tentar estruturar estratégias que possibilitem aos usuários desfrutar de uma vida onde este consiga trabalhar, estudar, manter vínculos pessoais, enfim, que ele possa ter o direito à vida.

A criação de uma associação que se movimenta exclusivamente a partir dos interesses dos usuários de drogas e o envolvimento dos mesmos foi importante, pois eles conhecem melhor o contexto em que estão inseridos, seus problemas e dificuldades, quando comparamos com pessoas que não se encontram inseridas nessa vivência.

Marlatt (1999a), afirma que a partir dessa participação foi possível desenvolver estratégias cada vez mais eficientes, as quais conseguem alcançar a população-alvo e assim oferecer diferentes formas de cuidado almejando a redução dos danos. Em 1984, por exemplo,

foi desenvolvido o primeiro programa de troca de seringas em Amsterdã, o qual previa a diminuição da transmissão do vírus da AIDS e da hepatite entre usuários de drogas injetáveis.

Essa nova via de tratamento se fundamenta por meio de alguns princípios e valores; e segundo Marlatt (1999b), são cinco os princípios que constituem a filosofia de redução de danos. A seguir, estes serão enumerados e explanados de forma a defini-la.

- O valor que determina as formas de ação

O ato de consumir substâncias psicotrópicas é um comportamento inerente à espécie humana em toda a história da sociedade. Diante disso, a redução de danos entende e aceita o ato de utilizar substâncias psicotrópicas.

Nessa perspectiva, a lógica de raciocínio se estabelece através de perguntas como: "até que ponto as conseqüências dos comportamentos desses indivíduos são prejudiciais ou favoráveis para eles e para aqueles que estão a sua volta?", "o que pode ser feito para reduzir os danos e os sofrimentos tanto do indivíduo usuário quanto da sociedade na qual está inserido?".

A lógica de redução de danos não entra em questões que objetivam classificar o uso de drogas em certo ou errado, bom ou ruim, doentio ou saudável. Pelo contrário, ela se abstém desses rótulos e tenta agir a partir e através da realidade tal como esta se apresenta. Portanto, pode-se dizer que essa estratégia está baseada em princípios do pragmatismo, o qual pode ser assim entendido:

Afasta-se da abstração e da insuficiência, das soluções verbais, de motivos a priori ruins, de princípios fixos, de sistemas fechados e pretensos absolutos e origens. O pragmatismo está disposto a aceitar tudo, a seguir a lógica ou os sentidos e a incluir as experiências mais humildes e mais pessoais. Ele irá incluir experiências místicas se elas tiverem conseqüências práticas. Seus modos são tão variados e flexíveis, seus recursos tão ricos e intermináveis e suas conclusões tão amistosas quanto as da mãe natureza. (JAMES, p.43-44 *apud* MARLATT, 1999b, p. 51).

É exatamente dessa maneira que a redução de danos se coloca como uma estratégia de enfrentamento, se disponibilizando a agir através de questões cotidianas e das práticas reais.

Dessa forma como se apresenta, a estratégia de redução de danos é confundida como sendo conivente, ou até mesmo a entendem como ações que promovem comportamentos de risco, como por exemplo, uso de drogas injetáveis. A aceitação de comportamentos potencialmente prejudiciais como um acontecimento real, não significa ser conivente com os mesmos ou promover quem os pratica. E além disto, a redução de danos não surgiu com a pretensão de legalizar o uso de drogas.

Nessa perspectiva, a redução de danos surge como uma nova possibilidade de cuidado, desviando-se dos modelos moral/criminal e de doença biológica/genética, já impregnados à sociedade.

- A redução de danos como uma "alternativa de saúde pública para os modelos moral/criminal e de doença biológica/genética do uso e da dependência de drogas"

Ao falar sobre drogas, dois discursos são amplamente defendidos e aceitos na sociedade. Existe o discurso moral/criminal que entende o uso e/ou a distribuição de certas drogas como um crime e por isso é passível de punição. Por esse discurso, o usuário ou qualquer pessoa que facilite o consumo é considerado um criminoso. Dessa maneira, o indivíduo que tem por hábito o uso de drogas ilícitas recebe o rótulo de moralmente incorreto.

Outro discurso que também recebe grande credibilidade por parte da sociedade, é aquele que entende o usuário como um portador de doença biológica/genética necessitando assim de tratamento e reabilitação. Nesse modelo, o alcance da cura é desconsiderado.

É importante ressaltar que apesar das diferenças, as estratégias desenvolvidas para o processo de tratamento têm por objetivo a eliminação do consumo de substância psicotrópicas.

A estratégia adotada pelo modelo moral/criminal é a política de repressão às drogas. Essa política se caracteriza por promover programas de intervenção no suprimento de drogas no mundo e desenvolve mecanismos para aprisionar traficantes e usuários de drogas. Isso acontece na tentativa de reduzir tanto a oferta quanto a demanda de drogas.

A solução encontrada para a questão das drogas por parte daqueles que consideram a dependência como uma patologia biológica/genética é a realização de programas de tratamento e prevenção, os quais procuram remediar o desejo ou a necessidade (no caso dos já dependentes) da droga, tratando a dependência como uma doença incurável.

Como sugere Marlatt (1999b), a Redução de Danos surge então como uma alternativa a esses dois modelos. O seu olhar não se restringe ao ato de consumir drogas, e o desvio para as consequências e comportamentos advindos do uso feito de forma indevida.

A redução de danos aceita como hábito inerente à espécie humana o uso de substâncias psicoativas e outros comportamentos de alto risco. A partir disso, tenta acolher aqueles que o praticam sem restrição ou discriminação. Sendo assim, se torna uma abordagem mais flexível, realista e dinâmica.

Os comportamentos adquiridos a partir do uso abusivo de drogas, são classificados pela redução de danos como favoráveis ou prejudiciais aos usuários e à sociedade. Os que são considerados como prejudiciais recebem uma ampla variedade de estratégias e procedimentos que têm por objetivo reduzir suas consequências, trabalhando dessa maneira com uma perspectiva mais realista, focada na prevenção do uso abusivo. Essa política procura envolver o público-alvo a partir de suas características e especificidades, buscando informações que possibilitam a abordagem da redução de danos.

Para que esta estratégia desenvolva resultados positivos e relevantes, as formas de abordagens devem estar adequadas ao contexto e às condições nas quais se encontra o público-alvo. E, segundo Marlatt (1999b), existem dois tipos de abordagens, a de alta exigência e de baixa exigência. Estas são entendidas da seguinte maneira: na abordagem de alta exigência, exige-se como pré-requisito a abstinência, o que para alguns é uma meta inalcançável. Já na abordagem de baixa exigência, exige-se o mínimo do usuário, pedindo que o mesmo compareça e tenha compromisso e responsabilidade com o tratamento e com o serviço.

Nessa lógica, pode-se ressaltar outro princípio que norteia as ações desenvolvidas pela redução de danos.

- A redução de danos como promoção de alternativas para as abordagens tradicionais

Esse outro princípio, determina que as ações desenvolvidas pela redução de danos não devem ser pautadas em grandes exigências, uma vez que estabelecer a abstinência como um pré-requisito para o dependente receber tratamento ou qualquer outro tipo de assistência, conseqüentemente se estabelece um grande obstáculo no alcance e no envolvimento do mesmo.

A redução de danos tenta retirar, diminuir os obstáculos impostos pela abordagem tradicional, promovendo ações de abordagens que exigem o mínimo do usuário, a presença do mesmo para o fornecimento da assistência. Essas ações de abordagens consistem em não rotular ou estigmatizar o usuário; oferecer parcerias e cooperação com relações amigáveis entre ele e os profissionais de saúde; aceitar diversas formas de reduzir os danos, até mesmo as sugeridas pelos usuários, compreendendo que devem ser estratégias que o encaminhe à promoção de saúde. “Ao adotar uma resposta abrangente de promoção da saúde aos problemas de estilo de vida [...] a redução de danos pode oferecer um caminho atraente e

acessível que acolha qualquer pessoa que deseje ‘vir da forma como é.’” (MARLATT, 1999b, p. 51).

Seguindo essa linha de raciocínio, surge na definição do conceito de redução de danos, outro princípio, o qual não se restringe a uma única alternativa para o processo de tratamento do uso de substâncias psicotrópicas.

- A redução de danos reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos

A redução de danos, como filosofia de tratamento, entende que a abstinência é o melhor e ideal estado para os indivíduos. Todavia, sabemos que historicamente não é isso que ocorre de fato. Indivíduos por maneiras diversas acabam por fazer uso de substâncias psicotrópicas, tais como cultos de adoração, rituais de passagens, uso como anestésico. Todos os indivíduos passam por momentos na vida onde se deparam com as drogas, e alguns deles acabam optando por experimentar ou fazer uso de seus tipos.

Algumas classificações são denominadas para aquelas pessoas que já entraram em contato com a droga. Existem os usuários ocasionais, que são aqueles que fazem uso ocasionalmente e não são dependentes; existem os usuários constantes, fazem uso frequente, mas não desenvolveram dependência; e os dependentes, os quais não têm mais controle sobre uso que fazem.

O estigma impregnado na sociedade é de que todos aqueles que experimentam qualquer tipo de droga tornam-se imediatamente dependentes, o que ignora totalmente as histórias de uso construídas social e historicamente, as quais permitiam o controle dos riscos. Esse pensamento provoca a aceitação da abstinência como única forma de tratamento.

A única meta aceitável de quase todos os programas de tratamento espalhados pelo mundo é a abstinência vitalícia, funcionando quase sempre como pré-requisito para iniciá-lo. A maioria dos programas de tratamento recusa-se a admitir pacientes que ainda estejam usando drogas. Essa exigência torna-se um obstáculo para aqueles que procuram ajuda, mas não querem ou não conseguem interromper o uso de substâncias psicotrópicas.

A redução de danos é como se fosse uma revolução no tratamento dos usuários de drogas, pois não generaliza os tipos de usuários e compreende que até chegar ao estado de abstinência, caso chegue, existem vários níveis de superação. A abordagem de redução gradual estimula os indivíduos com comportamentos excessivos ou de alto risco a “dar um passo de cada vez” para reduzir as consequências prejudiciais de seu comportamento. A

abstinência é entendida como uma das metas e não como a única.

[...] se uma pessoa está se injetando heroína obtida nas ruas de potência desconhecida, a redução de danos consideraria um avanço se o dependente tivesse prescrição de heroína legal e segura. Seria uma vantagem adicional se ele parasse de compartilhar seringas. Um avanço adicional, se ele se inscrevesse em um programa de troca de seringas. Um avanço muito maior, se ele passasse a usar drogas orais e fumáveis. Um avanço adicional, na redução de danos, se ele começasse a usar preservativos e praticasse sexo seguro. Outro avanço, se ele aproveitasse os serviços gerais de saúde disponíveis para dependentes. Uma vitória maravilhosa, se ele abandonasse as drogas, embora a vitória não seja uma exigência [...]. (PARRY, p. 3 apud MARLATT, 1999a, p. 36)

A redução de danos abrange a realidade entendendo o usuário/dependente como uma vítima e tentando desse modo minimizar os prejuízos decorrentes do uso inadequado de drogas.

Essa proposta trabalha, além do acolhimento, com a educação, sendo esta compreendida como outra forma de prevenção e redução dos riscos. Todavia, a redução de danos a realiza de maneira diferente daquela utilizada pelos programas de prevenção para a abstinência. Nessa perspectiva, os sujeitos são educados para se auto controlarem em relação ao uso que realizam, tornando-se sujeitos conscientes de suas ações.

A partir dessa lógica, pode-se reconhecer a estratégia de redução de danos como um discurso que abrange a realidade tal como ela se apresenta, enxergando o usuário como doente/vítima e não como um imoral, criminoso. Agindo de forma a prevenir o uso prejudicial e até mesmo, a inserção no mundo das drogas. Por outro lado, se constituindo também, como uma estratégia de cuidado e acolhimento àqueles que por alguma razão, requerem ajuda.

Todos esses princípios que foram explanados se tornam possíveis, segundo Marlatt (1999b), somente pelo fato da estratégia de redução de danos ter como seus promovedores os próprios usuários de drogas e pessoas que estão diretamente inseridas nesse contexto. Dessa maneira, temos outro princípio, o qual a define como uma forma de cuidado que parte da "realidade para a realidade".

- A redução de danos surge como estratégia de cuidado vinda de “baixo para cima”

Os projetos de aplicação da redução de danos, assim como ela própria, são sugeridos e desenvolvidos por usuários de drogas e/ou pessoas que estão diretamente envolvidas com a atenção dos mesmos. Muitos desses projetos surgiram a partir de intervenções de saúde pública, com base comunitária, as quais apóiam usuários de substâncias psicotrópicas e suas comunidades em prol da redução de danos.

Diferentemente das outras abordagens, que em sua maioria são pensadas por atores que não estão inseridos no contexto dos usuários de drogas, não conhecem suas condições e realidade, a redução de danos intervém a partir da realidade tal como ela se apresenta, buscando nela a minimização dos perigos advindos de comportamentos de alto risco.

Isso ocorre uma vez que se entende a questão. A redução de danos entende o usuário de drogas como um indivíduo que necessita de ajuda, a qual se estrutura em torno da promoção à saúde, tentando desviá-lo de doenças como a Aids e a hepatite; de overdose; e dos outros tipos de risco.

Nas outras estratégias, o usuário se caracteriza por ser um indivíduo que é criminoso e/ou doente precisando urgentemente se livrar das drogas. Por outro lado, as idéias que surgem do meio de quem vivencia ou acompanha o uso indevido de drogas tendem a ser mais eficientes, uma vez que conseguem atingir àqueles que precisam de algum tipo de ajuda.

Apesar de não se constituírem como maneiras idealizadas pela sociedade, essas idéias funcionam. Muitas das vezes de forma mais eficaz. Mas vale ressaltar que as idéias sugeridas antes de serem implantadas são discutidas para a avaliação de sua validade, eficácia, se há recursos para tal.

É de grande relevância ressaltar que as abordagens aos usuários são realizadas considerando-se o contexto e outras variáveis que implicam diretamente nesse processo. Ou seja, nos diferentes locais nos quais a redução de danos é implementada não há uma única fórmula de aplicação. Mas as ações partem é claro dos princípios norteadores e que são trabalhados a partir das especificidades da realidade.

No mundo, existem diversos exemplos da implementação da estratégia de redução de danos como por exemplo na Holanda, onde as ações foram mais desenvolvidas; em outros países europeus, tais como Suíça e Alemanha; no Reino Unido; no Canadá e na Austrália.

Conforme o contexto social e as necessidades das demandas, estratégias como a troca de seringas; a distribuição de preservativos; a prescrição de metadona entre outras drogas; o controle sobre a venda de certas drogas com algumas restrições, na tentativa de disponibilizar ao usuário uma droga com substâncias menos danosas diferente daquela vendida nas ruas; a conscientização da população nas ruas, em hospitais, em prisões e outros locais da comunidade podem ser citadas como intervenções utilizadas a partir da redução dos danos advindos do uso indevido de drogas e de comportamentos de alto risco.

No Brasil, não foi diferente. A estratégia de redução de danos se iniciou a partir da preocupação crescente com a transmissão do vírus da AIDS e da hepatite entre os Usuários de Drogas Injetáveis, os UDI's.

A experiência de redução de danos entre UDI's e seus resultados eficazes, tais como diminuição da transmissão do vírus HIV e dos vírus da hepatite; o descarte adequado de seringas; o ingresso de UDI's em diversos tipos de tratamentos de saúde; a participação desses usuários na criação de estratégias de intervenção na saúde, possibilitaram a ampliação das ações de redução de danos para usuários de outras drogas. Assim, a estratégia de redução de danos toma proporções de uma política de promoção e proteção à saúde. (BRASIL, 2003).

Com a entrada do crack no Brasil, as estratégias de redução de danos voltaram-se também para esses usuários. Em Salvador, por exemplo, foi desenvolvida uma atividade de apresentação de filmes, a qual objetivava a conscientização da população usuária e sua reflexão sobre o uso da droga e os comportamentos de riscos advindos de tal prática. Através dessa atividade, algumas pesquisas foram iniciadas buscando o conhecimento a respeito de comportamentos e do perfil psicossocial dessa população. (DOMANICO; MACRAE, 2006).

Uma dessas pesquisas foi desenvolvida pela Universidade Federal de São Paulo e revelou resultados positivos sobre o tratamento fundamentado a partir da substituição de algumas drogas por outras de efeitos menos danosos. No caso do crack, os efeitos eram atenuados pelo uso da maconha, a qual trazia uma redução da ansiedade e mudanças no comportamento dos usuários. Como a maconha se encontra na lista das drogas ilícitas, intervenções desse caráter se depararam com grandes dificuldades de aplicação por conta do entendimento equivocado que se estabeleceu na sociedade a respeito da redução de danos. Pensava-se que as ações estariam motivando e promovendo o uso de drogas ilícitas. (DOMANICO; MACRAE, 2006).

A crescente aproximação com os usuários e o conhecimento de suas práticas e dificuldades revelaram que problemas respiratórios eram o que mais os afetavam. A partir dessa informação, na região de Santos pensou-se em colocar filtros tipo "Melita" nos cachimbos o que resultaria na não ingestão de partículas sólidas da pedra de crack. Todavia, a dificuldade de fixação do filtro levou à desistência dessa estratégia. (DOMANICO; MACRAE, 2006).

A busca por intervenções continuou, e em Juiz de Fora surgiu a idéia de usar cachimbos individuais. Essa prática evitaria a transmissão de tuberculose, herpes e HIV. Algumas adaptações foram realizadas para que este cachimbo se adequasse ao "gosto dos usuários" até chegar a um cachimbo padrão. (DOMANICO; MACRAE, 2006).

O uso do cachimbo padrão só foi aceito entre usuários de Juiz de Fora. Em outras regiões, o cachimbo padrão não se adequava plenamente ao contexto dos usuários, uma vez que existem inúmeras especificidades socioculturais. Em uma reunião entre representantes de

projetos de redução de danos, estes chegaram a conclusão de que novos tipos de cachimbos deveriam ser pensados, considerando-se os aspectos socioculturais de cada região. (DOMANICO; MACRAE, 2006).

Segundo Domanico e MacRae (2006), dentre os projetos de redução de danos, o que na época mais se destacava era o "Sexta, Sábado e Domingo pedem cachimbo", criado em 2002 e financiado pelo Ministério da Saúde. Esse projeto foi pensado com o objetivo de reduzir os danos à saúde associados ao uso de crack, com ênfase na prevenção das DST/AIDS na região central de São Paulo.

Nesse projeto, eram distribuídos cachimbos de madeira apropriados para o uso do crack, protetores labiais e preservativos. Além disso, nas intervenções diretas com usuários, a equipe do projeto procurava inseri-los em atividades realizadas no Centro de Convivência "É de Lei", o qual desenvolvia o projeto. Como alguns usuários apresentavam dificuldades de locomoção até esse dispositivo, a equipe montou uma unidade móvel que se encaminhava até eles levando essas atividades, e segundo Domanico e MacRae (2006), tentavam dessa forma despertar aos poucos o resgate da cidadania e da dignidade desses usuários.

Essas são algumas das muitas estratégias desenvolvidas a partir da redução de danos enfocando a assistência e o acolhimento de usuários de crack. Em seguida, serão apresentadas as estratégias que foram pensadas e são implementadas por um dispositivo CAPS ad em específico, o CAPS AD Alameda.

## **6 A METODOLOGIA – ENTREVISTAS, DESCRIÇÃO E COMENTÁRIOS**

A elaboração deste trabalho científico constituiu-se em três momentos. No primeiro, foi realizado o levantamento bibliográfico, o qual objetivava a minha compreensão a respeito de todo o referencial teórico referente ao assunto tratado.

No segundo momento, foram feitas algumas observações da rotina do CAPS ad juntamente com as entrevistas. Como esse trabalho se trata de uma pesquisa qualitativa, os dados coletados nas observações e nas entrevistas serviram somente para a descrição do objeto. As observações foram de caráter não participativo e conseguidas a partir das visitas ao campo de pesquisa. E as entrevistas foram realizadas com profissionais envolvidos no serviço, previamente selecionados. Esta seleção se baseou no objetivo de extrair informações para a descrição do objeto, por isso os informantes chave foram àqueles envolvidos com a coordenação do CAPS ad e com o atendimento direto aos usuários de crack.

As entrevistas tiveram um roteiro semi-estruturado que abordava questões relativas ao CAPS ad e à atenção prestada ao usuário. Todas as entrevistas foram gravadas e os dados coletados, redigidos e submetidos a uma análise, a fim de sintetizá-los, sem prejudicar a compreensão, a especificidade e a validade dos mesmos. Essa organização foi em prol de facilitar a descrição e torná-la mais clara e objetiva.

O terceiro momento de elaboração da pesquisa caracterizou-se pela construção da descrição dos serviços e das considerações finais.

O campo de pesquisa escolhido foi um dispositivo CAPS ad, localizado no município de Niterói e foi escolhido devido à facilidade e a disponibilidade encontrada neste local para a realização do trabalho de campo. Este dispositivo é conhecido pelo nome CAPS ad Alameda, pelo fato de ser localizado na Rua Alameda São Boaventura. Encontra-se localizado em local de fácil acesso, logo no início da respectiva rua. Apesar disto, moradores da vizinhança e alguns comércios em geral não conhecem ou não sabem da existência do mesmo. O CAPS ad Alameda é uma residência adaptada para as atividades que ali são desenvolvidas, contando com uma área bastante agradável onde os usuários do serviço podem ficar acomodados.

Nas observações da rotina do dispositivo tive a possibilidade de presenciar duas reuniões internas da equipe. No primeiro dia de trabalho de campo, a reunião tinha como objetivo discutir questões relativas ao processo de trabalho e às relações que se estabelecem em torno do mesmo.

Os trabalhadores se queixam de uma fragilidade institucional que "assombra" a equipe e que interfere diretamente no trabalho realizado pela mesma. Os profissionais estão "esgotados" por conta das dificuldades relacionadas ao salário; à disponibilização de recursos para realização das estratégias de tratamento; e pressões estabelecidas pela lógica do

mercado, a qual faz rápida substituição de profissionais uma vez que existem muitos à procura de emprego.

Toda essa conjuntura tem influência direta na assistência prestada aos usuários do serviço. Segundo os trabalhadores, os usuários considerados mais graves não têm condições de receber a devida assistência uma vez que faltam de recursos, tanto humanos quanto materiais, para a realização de atividades.

Em um dos relatos dos profissionais, foi mencionado que um dos usuários reclamou a razão de sua permanência no dispositivo por "não ter o que fazer".

Os profissionais relatam também que não conseguem absorver no serviço os novos usuários que porventura chegam de forma espontânea ou que são encaminhados. E não há para onde encaminhá-los, tendo assim que "abraçar" o caso. Essa situação pode prejudicar o processo de assistência, o qual pode ficar comprometido e limitado.

O estabelecimento desse contexto tem desmotivado os profissionais, que já têm suas preocupações pessoais, e dessa maneira se vêm em situações delicadas caso essa situação se perpetue.

A proposta que surgiu desta reunião foi o esclarecimento por parte do CAPS ad de suas funções e limites para os dispositivos que referenciam novos casos. Além dessa proposta, surgiu a idéia de se ressaltar para autoridades a importância desses serviços e de outras informações e ações que já foram discutidas e avaliadas como essenciais.

No segundo dia de trabalho de campo presenciei uma reunião de supervisão de um caso. Estavam presentes os profissionais do CAPS ad Alameda e outros que participam no acompanhamento do caso, mas atuam em outros serviços.

Esse tipo de reunião caracteriza uma das funções do CAPS ad por entender o indivíduo como um ser integral. Assim, na supervisão de caso, é exposto entre todos os profissionais as experiências ocorridas com o indivíduo em questão e são discutidas estratégias para o prosseguimento da assistência.

Aspectos do diagnóstico são relacionados com aspectos sociais e desta forma são considerados por todos no momento da busca por soluções viáveis.

A presença de profissionais de diversas áreas contribui de forma a inserir o usuário em um processo de tratamento no qual este possa ser acolhido como um ser social, de maneira diferente como acontece muitas vezes na comunidade onde este está inserido.

As ações de intervenção específicas são pensadas para minimizar as consequências negativas do uso de drogas. A integração com os familiares e com os diversos setores da comunidade são realizadas objetivando tal coisa. Além desses procedimentos, a assistência

também é pensada a partir de experiências bem sucedidas em outros casos na expectativa de alcançar alternativas viáveis para o usuário em questão.

Na observação dessas reuniões, pude perceber o quanto o trabalho intersetorial é importante para o acolhimento integral do indivíduo. Notei também que as dificuldades que se apresentam na realização desse trabalho são muitas, sendo a mais difícil de se ultrapassar àquelas relativas às relações de trabalho. Contudo, apesar de sua existência, os profissionais da equipe não enxergam essas dificuldades como um empecilho ao seu envolvimento nas discussões dos casos, tentando alcançar respostas para os mesmos.

A segunda tarefa do trabalho de campo foi a realização das entrevistas. Duas delas foram realizadas nesse segundo dia, com uma profissional (entrevistada A) que realiza atividades internas no dispositivo, e com uma profissional (entrevistada B) que é integrante de um projeto que atua diretamente em uma comunidade adscrita ao CAPS ad.

Em outro momento, entrevistei uma profissional (entrevistada C) que atua internamente no CAPS ad, mas na área da gestão.

Devido a incompatibilidade de horários, entre mim e os profissionais escolhidos como informantes chave, não foi possível realizar todas as entrevistas que foram programadas inicialmente. Uma dessas profissionais (entrevistada D), que também está inserida nas atividades da administração do dispositivo, respondeu via e-mail as questões do questionário, as quais serão utilizadas somente para a descrição do serviço.

Ao analisar o conteúdo das entrevistas, resolvemos apresentá-las em dois blocos. No primeiro, as informações coletadas servirão para descrever o funcionamento do CAPS ad Alameda. Já no segundo bloco, as entrevistas servirão para descrever e entender como são construídos os projetos que atuam em ambiente externo ao CAPS ad.

## 6.1 Primeiro bloco: o funcionamento do CAPS AD ALAMEDA

Iniciei a entrevista perguntando a respeito das razões mais frequentes da chegada dos usuários ao CAPS ad e a entrevistada A respondeu que essa chegada é motivada pela procura de atendimento, de tratamento e interrupção do uso de drogas.

O primeiro pedido, quando parte do usuário de álcool e outras drogas é interromper o uso. Eles querem interromper porque estão no limite, já perderam tudo. Mas existem casos, em que os familiares é que fazem o pedido, pois os usuários são pessoas que ainda não reconhecem esse uso problemático, não reconhecem como esse uso está prejudicando a vida social. (Informação Verbal)<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistada A

A partir dessa fala, percebi que apesar do dispositivo estar fundamentado na política de redução de danos, ou seja, não tem a abstinência como questão central no tratamento, a procura dos usuários é exatamente para abandonar o hábito de usar droga. Talvez porque seja uma ideia construída socialmente, de que os problemas são oriundos da droga, ou talvez porque já não querem mais fazer esse uso.

A entrevistada A enfatizou que existem inúmeras vias de acesso ao CAPS ad, e explicou que a trajetória percorrida pelos usuários inicia-se na recepção, a qual compreendi se tratar de uma “estratégia de recebimento/acolhimento” das pessoas que se encaminham até o dispositivo.

A recepção recebe demanda oriunda de inúmeras vias de acesso, podendo ser demanda espontânea; encaminhamento da justiça; do conselho tutelar; de unidades de saúde como as equipes de Programa de Saúde da Família (PMF), os Programas de Redução de Danos, os Consultórios de Rua, as Policlínicas, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba.

Além dessas vias de acesso, a demanda pode ser oriunda de informações obtidas por meio da Internet ou pela comunidade.

Em seguida, a entrevistada A foi questionada a respeito de como se processa a chegada do usuário. Ela respondeu que o primeiro atendimento é individual e que são feitas perguntas a respeito do que tem acontecido na vida do usuário, como é esse uso, enfim, esse é um momento em que se reserva para escutar a história dessa pessoa, de suas condições de vida. Após isso, a família é convocada a comparecer no dispositivo com o objetivo do profissional conhecer mais profundamente esse usuário.

Em relação a mesma pergunta, a entrevistada D respondeu além disto, que uma equipe multidisciplinar avalia o caso a partir de alguns encontros com o referido paciente e, se necessário, com os familiares. A entrevistada A explica que essa avaliação é para identificar se o usuário será um paciente do CAPS ad ou se ele será encaminhado para outro dispositivo da rede.

Será avaliado se é um paciente que necessita somente de um atendimento ambulatorial, de consulta uma vez por mês. Um paciente que não precisa de um atendimento mais sistemático como no CAPS, de vir com mais frequência, de ter um acompanhamento de um psicólogo e uma presença mais constante. (Informação Verbal)<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistada A

Por meio dessa avaliação, percebi que há a tentativa dos profissionais de exercer a função de atender somente os casos mais graves.

A entrevistada A também foi questionada sobre a existência de algum tipo de cadastro das pessoas que chegam até o serviço. Ela respondeu que o primeiro procedimento a ser efetuado na chegada do indivíduo é o preenchimento de uma ficha na qual os dados pessoais do paciente estão presentes. O restante do cadastro é preenchido por dados específicos após o atendimento na recepção. Esses dados consistem no histórico familiar, no motivo do atendimento, o tipo da droga, a consulta realizada, se o paciente será encaminhado ou retornará.

A primeira pergunta feita é sobre o motivo do atendimento. E a partir do relato do usuário, ele conta qual a droga utilizada, como é o uso, desde quando ele faz esse uso, qual o momento em que se intensificou. (Informação Verbal)<sup>3</sup>

As entrevistadas A e D foram questionadas sobre como são realizados os primeiros atendimentos ao usuário, após a identificação do mesmo como um paciente do CAPS ad. As duas entrevistadas responderam que o passo seguinte é dar prosseguimento no processo de recepção, mas nesse segundo momento, isso acontece por meio da participação do usuário em grupos de fala, em oficinas, no acolhimento e no atendimento individual.

A entrevistada A complementou que nesse segundo momento, também será definido o técnico de referência.

Técnico de referência é o profissional escolhido pelo próprio usuário, que o acompanhará durante o tratamento. Com esse profissional vai ser possível o usuário falar como tem sido sua semana, falar dos momentos de estar em tratamento, de suas dificuldades. E com esse profissional, será pensado se o usuário vai se inserir em alguma atividade em grupo. (Informação Verbal)<sup>4</sup>

Percebo que é com este profissional que o usuário estabelecerá vínculos mais consistentes, possibilitando e facilitando assim o tratamento oferecido.

A entrevistada D relatou que existem grupos de falas promovidos pela equipe da escola de redução de danos ao longo da semana os quais têm por objetivo acolher os diferentes casos que estão no CAPS ad. E que além destas atividades, existem também os grupos de fala e oficinas para pacientes que fazem tratamento, tais como Dedinho de Prosa, Trem das Onze, Livre Criação, Teatro, Futebol, Da Imagem a Palavra, Grupo de Família, Oficina do Olhar, Grupo de Abertura, Mosaico e Papel artesanal.

---

<sup>3</sup> IDEM

<sup>4</sup> IDEM

A entrevistada A complementou que existem casos em que o usuário não faz um bom proveito do atendimento individual, mas quando estão em alguma das atividades em grupo conseguem aproveitar de maneira bastante considerável as propostas das atividades.

A função dessas atividades terapêuticas não é a de ocupar a mente dos usuários, tentando os afastar do hábito de consumir a droga. Pelo contrário, os grupos e as oficinas se caracterizam como atividades que visam restabelecer a cidadania dos usuários de álcool e outras drogas. Essas atividades têm papel primordial no tratamento e na consequente reinserção social do indivíduo.

O trabalho do CAPS é isso: que esses pacientes que estão em tratamento voltem para o social, para sua realidade. É estimular a questão da cidadania. As oficinas não são para distrair, faz sentido a vinda dele para o CAPS, que é um tratamento extra hospitalar. (Informação Verbal)<sup>5</sup>

Nas oficinas e no acolhimento, os usuários discutem também questões sobre o uso prejudicial de álcool e outras drogas. Usam esses espaços para falar sobre esses assuntos, e desconstruir a visão estigmatizante e preconceituosa que lhes é atribuída.

Quando eles têm a oportunidade de se apresentarem na comunidade através do teatro, a terapeuta ocupacional sugere que eles convidem as pessoas da comunidade e os familiares para assistir a apresentação de como eles se sentem lá fora, quais as alternativas que podem ser encontradas. (Informação Verbal)<sup>6</sup>

Através dessa fala concluo então, que de fato, o CAPS ad é um espaço onde os usuários de álcool e outras drogas são entendidos de forma não preconceituosa, onde podem ser ouvidos e se mostrarem como são, não sendo excluídos. E além disto, é um espaço onde eles se defrontam com o uso que fazem e com outras pessoas que estão em situações semelhantes.

Com o decorrer da entrevista, a entrevistada A relatou experiências que me levaram a perceber os resultados do trabalho realizado.

Situações que os pacientes passaram são relatadas nos grupos. E eles sabem sobre questões políticas, eles trazem discussões quando acontece algum escândalo e mostram como estão tomados com aquilo. Eles fazem uso da droga, mas eles estão ali no social. (Informação Verbal)<sup>7</sup>

Quando questionada a respeito dos usuários de crack, a entrevistada A relatou que os profissionais da equipe têm percebido que esse grupo tem dificuldades de chegar ao CAPS ad. Ela explicou que cada tipo de droga tem um funcionamento diferente, e que é esse o motivo

---

<sup>5</sup> Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistada A

<sup>6</sup> IDEM

<sup>7</sup> Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistada A

da dificuldade da chegada. Os alcoolistas, por exemplo, gostam de grupo de roda, de conversas. Já os usuários de cocaína, fazem uso individual da droga e não gostam de falar em grupo.

Eles passam a noite toda usando crack e de dia eles estão dormindo. Como que a gente vai marcar nove horas da manhã se eles ficaram a noite toda fumando. (Informação Verbal)<sup>8</sup>

Ao falar dos usuários de crack, a entrevistada A, enfatizou que os redutores de danos poderiam responder melhor sobre as respectivas questões e que a estratégia do Consultório de Rua tem trabalhado na abordagem desses usuários. Dessa maneira, notei que fica clara a divisão da atuação dos profissionais em áreas específicas para a realização das atividades oferecidas pelo dispositivo.

Em relação a pergunta de como é definido o tipo de tratamento que será prestado aos usuários no CAPS ad, a entrevistada D respondeu que num primeiro momento, pode acontecer a pactuação entre o usuário e os profissionais que participam da recepção; e que em um segundo momento, o tratamento é definido entre o usuário e o profissional de referência. E a entrevistada A, além disto, acrescentou que a definição do tratamento é uma construção com o paciente considerando suas dificuldades, suas preferências, e seu histórico.

É um projeto terapêutico personalizado. Cada paciente tem um tipo de tratamento, não é padronizado. Por exemplo, tem um paciente que além de ser alcoólatra é esquisofrênico. Então, muito difícil ele ficar em grupo. E o grupo que ele entrou foi a oficina de papel, por ele ter um histórico de ser ligado a atividades braçais. Ele utiliza a máquina de cortar papel porque se identifica. E, em outros grupos isso não aconteceu. (Informação Verbal)<sup>9</sup>

A entrevistada A relatou também, que os casos são levados para reunião de supervisão, na qual estes são discutidos, assim como apresentei mais acima.

Em relação ao tipo de tratamento, a entrevistada A diz que existem três tipos: o intensivo, o semi intensivo e o não intensivo. Neles, respectivamente, ou o usuário permanece o dia inteiro no dispositivo, mas não passam a noite nele; ou o usuário é avaliado como um paciente que precisa de mais frequência; ou o usuário comparece uma vez por semana para o atendimento com o profissional de referência ou para participar de algum grupo.

Tem pessoas que estão aqui no CAPS, mas tem uma vida lá fora. Têm outros que estão aqui de segunda a sexta de 8h às 4h tomando a medicação. Com esses, os

---

<sup>8</sup> IDEM

<sup>9</sup> IDEM

laços sociais, com as famílias já se rompeu. O CAPS trabalha para tentar restaurar minimamente esses laços com a sociedade. (Informação Verbal)<sup>10</sup>

A entrevistada A foi questionada sobre a relação que se estabelece entre os profissionais e os usuários, respondendo que a relação é interdisciplinar, e que é uma relação na qual os usuários vêem os profissionais como uma pessoa que está ali querendo ajudá-lo, querendo contribuir para o seu tratamento.

Como técnica de referência, monitoro a vida dos pacientes que estão comigo a respeito de como tem sido a participação dele, como estão os benefícios, os medicamentos, o contato com a família. (Informação Verbal)<sup>11</sup>

Outra pergunta do roteiro se referia a questão do abandono do tratamento e quais procedimentos são tomados pela equipe. As respostas das entrevistadas se referiam aos mesmos procedimentos: que o técnico de referência é o profissional que fica responsável e tem autonomia para entrar em contato somente no momento em que avaliar importante para o tratamento. E que além disto, em alguns casos, outros atores são incluídos na discussão e na construção de um projeto de busca ativa.

A entrevistada A acrescentou que:

Tem uns que voltam por conta do vínculo criado com o CAPS. (Informação Verbal)<sup>12</sup>

A partir dessa fala, pude perceber o quanto é importante o estabelecimento de vínculos entre os usuários e os profissionais. E também, por meio desta fala, posso reafirmar que as relações estabelecidas são entre profissionais que são vistos como pessoas que estão ali para ajudar no tratamento dos usuários de álcool e outras drogas.

As entrevistadas foram questionadas a respeito da articulação com outras instituições. Referente a essa pergunta, a entrevistada D respondeu que essa articulação acontece na maioria das vezes, pois alguns casos estão muito comprometidos clínica e socialmente. Portanto, o CAPS ad procura discutir os casos com os serviços de referência próximos à moradia do usuário e com os serviços em que já existe uma relação de discussões a respeito da clientela.

E a entrevistada A respondeu que a articulação é institucionalizada pelas portarias que fundamentam o CAPS ad. Mas que apesar disto, a relação entre os diversos segmentos da sociedade não é fácil.

O CAPS sozinho não tem como dar conta de tudo, a integração é fundamental. A questão da integralidade do indivíduo, ter contato com outros setores da sociedade,

---

<sup>10</sup> Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistada A

<sup>11</sup> IDEM

<sup>12</sup> IDEM

não é só o CAPS que vai lhe dar com as questões do álcool e outras drogas, é a escola, a assistência social etc. (Informação Verbal)<sup>13</sup>

## 6.2 Segundo bloco: estratégias que são dirigidas em ambientes externos ao CAPS AD.

Inicialmente, a entrevistada C apresentou o contexto no qual a cidade de Niterói se encontra, relativo à organização da assistência a usuários de álcool e outras drogas. Em primeiro lugar, ela enfatizou qual é o papel do CAPS ad e qual as suas mais importantes atividades que são respectivamente: atender os casos mais graves e atuar como articulador da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Então hoje no CAPS tem a assistência, mas existem outros vários programas, várias maneiras para responder a demanda. O CAPS tem que ser porta de entrada, tem que facilitar o acesso das pessoas. Realiza o papel de ativamente buscar a demanda nos territórios. (Informação Verbal)<sup>14</sup>

Na busca ativa pela demanda de usuários de crack, percebeu-se que, de maneira geral, os casos quando chegavam ao CAPS ad já se encontravam bastante debilitados clínico e socialmente. Nessa perspectiva, foram pensadas estratégias que atuassem de forma a alcançar essa demanda, antes de sua chegada ao dispositivo. Assim, foram criados o Projeto de Redução de Danos e o Consultório de Rua.

Tudo isso é como o CAPS se organizou para responder de maneira mais interessante, mais integral possível a demanda, que são muitas das vezes anteriores ao pedido da pessoa. (Informação Verbal)<sup>15</sup>

Quando as entrevistadas B e C foram questionadas a respeito da diferença entre esses programas, elas responderam que apesar dos dois se reportarem ao CAPS ad, o Consultório de Rua tem um olhar mais direcionado para prestar assistência às crianças, adolescentes e jovens/adultos (até 29 anos) moradores de rua; enquanto que o Projeto Redução de Danos atua em determinada comunidade, trabalhando para ampliar a assistência dada ao território.

A equipe envolvida no Consultório de Rua é constituída por um médico, um técnico de enfermagem, um psicólogo, os redutores de danos e a coordenação. Já o Projeto, é constituído apenas por redutores de danos.

O Consultório é para ser um serviço na rua, no horário em que as pessoas precisarem. Eles estão ali, mais próximos dos usuários para caso precisem de alguma ajuda, atendimento. Tem o papel também de ficar buscando os usuários, que

<sup>13</sup> Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistada A

<sup>14</sup> Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistada C

<sup>15</sup> IDEM

por serem em sua maioria moradores de rua, um dia estão aqui, outro dia estão em outro local. (Informação Verbal)<sup>16</sup>

A entrevistada B foi instigada a relatar como se organiza a atuação do Projeto de Redução de Danos. Ela respondeu que primeiramente, o trabalho se inicia com o mapeamento do território com o objetivo de identificar quem são os usuários e onde eles se localizam. Após esse primeiro momento, o segundo passo é chegar nesses usuários, o que é realizado com o trabalho intersetorial entre o projeto e, por exemplo, o PMF, as igrejas, as lideranças da comunidade, a associação de moradores, as ONGs, o comércio etc.

Eles facilitam a entrada. Tudo se facilita por conta das parcerias. E para isso existe a construção de vínculos com os usuários e os moradores. As ONGs e as lideranças ajudam na conscientização da importância da presença da saúde. Existe também a questão do tráfico. Mas os traficantes reconhecem a presença da redução de danos avaliando que em alguns casos os usuários passam dos limites, prejudicando a comunidade e precisando assim de uma intervenção da saúde. (Informação Verbal)<sup>17</sup>

A entrevistada B foi questionada a respeito da maneira como são realizadas as abordagens com os usuários, respondendo que a equipe apresenta o projeto como uma estratégia do Ministério da Saúde, e que os profissionais estão na comunidade para fornecer qualquer tipo de ajuda nessa área.

Os profissionais não chegam ao usuário falando diretamente da questão do crack, eles primeiro vêm a promoção da saúde. Quando chegam falando que têm um tratamento para ele parar de usar a droga, o cara não te ouve. Eles reagem de forma diferente quando os profissionais chegam com a história de que são da saúde, do projeto redução de danos, que estão ali para quando ele precisar de algum encaminhamento médico. (Informação Verbal)<sup>18</sup>

Notei que é através de outros viés que não o da droga que os redutores se apresentam. E a partir daí, depois de alcançar o usuário, os profissionais iniciam a conscientização a respeito do uso prejudicial.

As rachaduras labiais, nos dedos são uma porta de entrada no momento da abordagem ao usuário. (Informação Verbal)<sup>19</sup>

E a entrevistada C acrescenta que a adesão ao tratamento muitas vezes não é fácil.

Mas não se pode obrigar a pessoa a fazer o tratamento. Muitas vezes, o PMF identifica que o caso é gravíssimo, mas não podemos obrigar. Temos que construir

---

<sup>16</sup> Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistadas B e C

<sup>17</sup> Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistada B

<sup>18</sup> IDEM

<sup>19</sup> Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistada B

com a pessoa, a demanda para o tratamento; conscientizá-la sobre o uso prejudicial que ela está fazendo. (Informação Verbal)<sup>20</sup>

É interessante destacar que ex-usuários e usuários de drogas atuam nesse projeto e que esse fato facilita a efetivação das abordagens. Isto porquê esses profissionais conhecem a realidade e as condições que quem faz uso de droga.

Eles falam sobre histórias, compartilham experiências. Os outros profissionais aprendem muito com eles. (Informação Verbal)<sup>21</sup>

A entrevistada B continuou apresentando o trabalho do projeto e relatou que existe o grupo de acolhimento, no qual discute-se com os usuários, que nesse momento já aceitaram a assistência, as estratégias de intervenção.

Cada estratégia vai depender do indivíduo e de suas especificidades. Os usuários que propõe as estratégias para os redutores. Na realização do grupo de acolhimento cada um tira proveito de alguma coisa. (Informação Verbal)<sup>22</sup>

A entrevistada continuou dizendo que nesse grupo de acolhimento questões de prevenção à saúde são também discutidas, tentando, por exemplo, esclarecer para os usuários que eles não devem fazer o uso compartilhado dos insumos e não devem utilizar material contaminado para assim evitar que adquiram doenças transmissíveis ou contagiosas.

Nos grupos de acolhimento, eles começam a perceber o que antes passava sem ser notado, e assim entendem que o uso indevido acaba prejudicando mais a saúde. Tem gente que nunca procuraria um tratamento de saúde, mas esse pensamento muda a partir do momento que ele entende que pode prolongar sua vida, se ele usar a droga de forma adequada. (Informação Verbal)<sup>23</sup>

Percebo nesta fala a demonstração de um dos princípios da Política de Redução de Danos: a de ser uma alternativa de tratamento que tem seu objetivo focado na promoção da saúde e não somente na abstinência. Outra fala desta mesma entrevistada enfatiza isso:

Eles falam muito assim: “quem experimenta crack não tem volta e perde o prazer de experimentar outras drogas!” Uma das estratégias de redução de danos é fazê-los entender que se usarem outro tipo de droga, eles já estão reduzindo. (Informação Verbal)<sup>24</sup>

A entrevistada B apresentou também que além do grupo de acolhimento, existe o acolhimento individual, o qual se realiza somente quando há a solicitação por parte do usuário.

---

<sup>20</sup> Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistada C

<sup>21</sup> Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistada B

<sup>22</sup> IDEM

<sup>23</sup> IDEM

<sup>24</sup> Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistada B

O que o usuário está precisando, ele não precisa colocar no grupo. Vai acontecer um momento em que será discutido esse caso individualmente. As vezes, a equipe sente a necessidade do apoio do CAPS ad, quando ou o usuário solicita o encaminhamento pra lá, ou a equipe o faz, mas com a permissão dele. (Informação Verbal)<sup>25</sup>

E além das atividades de acolhimento, a entrevistada B acrescentou que a equipe realiza uma outra atividade que é mais específica. Esta consiste em disseminar informações sobre algum caso grave que porventura está acontecendo na comunidade, mas realizando a conscientização de modo abrangente.

A entrevistada B foi perguntada a respeito da relação entre os profissionais da equipe e os usuários de drogas. Ela relatou que nos primeiros momentos existe uma resistência por parte dos usuários em relação a presença dos redutores; ou alguns nem ao menos se importam. Mas ao longo do processo de trabalho, o usuário vai entendendo e reconhecendo a importância da presença da equipe. E quando os profissionais conseguem a confiança dos usuários, muitas das vezes eles procuram ajuda.

O usuário chega e fala sobre o seu estado clínico e a equipe propõe o encaminhamento. Eles reconhecem que precisam de ajuda e que os redutores, como profissionais, estão ali para apoiar, acolher e ajudar no serviço de assistência. (Informação Verbal)<sup>26</sup>

Assim como no CAPS ad, a entrevistada B explicou que os usuários chegam até a equipe por desejo próprio e também através de pessoas da comunidade, de familiares e do PMF que identificam o caso e comunicam a equipe para que esta possa iniciar o acompanhamento.

Ou eles chegam até a gente ou nós vamos até eles. (Informação Verbal)<sup>27</sup>

A entrevistada B enfatizou que existem alguns casos em que a internação para a desintoxicação é necessária, mesmo trabalhando com a Redução de Danos.

Alguns usuários percebem que estão fazendo um uso bastante prejudicial e preferem a internação para a desintoxicação, dá um tempo clinicamente, emocionalmente para depois pensar e retornar o uso. Pode ser que alguns voltem a fazer esse uso, mas outros fazem um uso consciente. (Informação Verbal)<sup>28</sup>

A entrevistada C complementou que na enfermaria para usuários de álcool e outras drogas do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba tem um grupo de redução de danos. Essa

---

<sup>25</sup> IDEM

<sup>26</sup> IDEM

<sup>27</sup> Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistada B

<sup>28</sup> IDEM

necessidade se apresentou uma vez que os usuários de crack só se tratavam naquele momento em que estavam internados, voltando a consumir o crack no dia seguinte após a alta. Esse grupo de redução de danos tenta constituir um vínculo com esses usuários no período em que eles interromperam por um momento o uso da droga.

A respeito das internações, a entrevistada C acrescenta também que os usuários de crack são totalmente diferentes dos alcoolistas, por exemplo.

Aí a gente começou a internar os usuários de crack. Mas vimos que não dava. Ou o cara sumia de vez, ou o cara voltava pior, só para dizer “viu vocês me internaram agora olha como eu estou”. De um modo geral, quando o usuário de crack chega e fala “me interna” é porque a coisa já está feia. E aí, de modo geral, a gente interna. (Informação Verbal)<sup>29</sup>

E além disto, a questão do crack é recente e, o perfil dos usuários é de adolescente e jovem de até 29 anos moradores de rua, em sua maioria. A entrevistada C explica que o diagnóstico de dependentes químicos para crianças e adolescentes é mais difícil, pois eles podem estar fazendo apenas um uso momentâneo, o que não significa que irão desenvolver dependência.

A entrevistada C explica que os usuários de crack não são tão numerosos, mas são muito mais graves. Isso, não se deve unicamente pela química da droga, mas principalmente pelas situações de risco em que se envolvem e além disto, por já estarem inseridos em um contexto que não os favorece.

Mas o uso do crack principalmente entre os jovens tem sido muito grave por os colocar em situações de violência e de risco. Não é por causa da crise. É muito grave por causa do contexto, das questões sociais. É muito grave porque eles passam a estar em um ambiente de violência muito grande e, geralmente são jovens que vêm de famílias muito difíceis e que tem um histórico muito difícil. Muitos dos jovens atendidos não tem família, foram criados em instituições, em abrigos, nasceram e vivem nas ruas, os pais já morreram, são histórias bastante difíceis. (Informação Verbal)<sup>30</sup>

Após essa explicação, a entrevistada C retoma a questão da adesão ao tratamento: os motivos pelos quais os usuários de crack não estão chegando ao CAPS ad. E diferentemente da entrevista A, ela responde que esses usuários tem chegado sim ao CAPS ad.

Os usuários de crack até chegam na recepção, mas isso não quer dizer que ele vai aderir ao tratamento; que ele consiga voltar no dia seguinte e dar continuidade ao tratamento. Então, acompanha-se o usuário através do PMF, por exemplo. O serviço acompanha o usuário de crack de várias maneiras, mas é muito difícil que eles cheguem a um tratamento “formal”, um tratamento mais “padrão”. Isso leva muito

---

<sup>29</sup> Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistada C

<sup>30</sup> Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistada C

tempo. O CAPS tem mais de 2000 cadastros, uns 300 frequentam e somente 17 eram usuários de crack. (Informação Verbal)<sup>31</sup>

A respeito das atividades desenvolvidas pelos redutores de danos a entrevistada B respondeu que:

O redutor de danos tem que desenvolver atividades voltadas para a promoção da saúde, com vídeos, dinâmicas e bate papo. O objetivo é conscientizar o uso prejudicial. (Informação Verbal)<sup>32</sup>

Com essa fala fica clara que a função dos redutores é voltada para a conscientização dos usuários e que as estratégias para a concretização dessa função devem ser pensadas de forma a envolvê-los possibilitando a aproximação entre eles por algumas atividades do cotidiano como o bate papo ou por alguma atividade que os motivem a participar do grupo, ao mesmo tempo em que apreendem maneiras de lidar com a sua realidade. Como vimos, no começo da estratégia de redução de danos, os próprios usuários ajudavam na montagem de estratégias de conscientização porque conheciam a sua realidade. No caso, não é exatamente como acontece, mas segue a mesma perspectiva.

Em relação a possíveis estratégias de enfrentamento da situação, a entrevistada C relata que os usuários por si mesmos consomem outros tipos de drogas que amenizam os efeitos do crack..

Eles usam o tiner, que deteriora muito o sistema nervoso. Em termo de substância, ele é menos danoso que o crack. O usuário consome por anos e não percebe seus danos, o crack não. Eles compram e ficam usando durante o dia. Só que o tiner não coloca o cara em situações de tanto risco de violência quanto o crack, dívidas com o tráfico. Já está associado o uso de tiner e cola de sapateiro com meninos de rua, o que já acontece há uns 20 anos e não trouxe tantos problemas quanto o crack. As meninas que o Consultório de Rua atende usam menos o crack, elas usam usirer, que é o crack junto com a maconha, uma droga atenua o efeito da outra. (Informação Verbal)<sup>33</sup>

Pude perceber que as questões clínicas são colocadas em segundo plano por conta da gravidade das questões sociais que o uso da droga envolve os usuários.

A entrevistada B enfatiza que o trabalho realizado não pode ser desviado para atender a outras necessidades dos usuários e que devido a isso a integração com outros segmentos da sociedade são tão essenciais.

---

<sup>31</sup> IDEM

<sup>32</sup> Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistada B

<sup>33</sup> Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistada C

O objetivo é conscientizar o uso prejudicial. Não pode desfalcar para outros serviços como a assistência social. Por isso também que existem as parcerias. O CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social), por exemplo, que a gente acaba encaminhando. Mas lembrando sempre que o nosso trabalho não é cuidar da assistência social e sim trabalhar a droga. (Informação Verbal)<sup>34</sup>

Percebo através dessa fala, que assim como o dispositivo CAPS ad, os programas que atuam fora dele necessitam se articular com instituições referentes aos diversos segmentos da sociedade; e que essa integração é fundamental para que o trabalho de redução de danos possa de fato se realizar da melhor forma possível.

Em seu relato, a entrevistada B citou alguns setores com os quais se estabelece essa articulação, tais como a policlínica, algumas escolas para a inserção dos usuários ou para a realização de palestras.

A redução de danos é muito crua ainda. Aos poucos está crescendo. Mas existe o "espaço aberto", onde toda a população pode participar. Um profissional da saúde é escolhido para apresentar uma palestra de um tema previamente selecionado. Esse espaço é utilizado para disseminar as ideias da redução de danos. (Informação Verbal)<sup>35</sup>

Ao final das perguntas, as entrevistadas foram questionadas a respeito da participação da família no processo de tratamento de usuários de crack. A entrevistada A respondeu que já atendeu alguns desses usuários acompanhados pela família.

Essas famílias estavam no limite, mas dando a última oportunidade. O que a família falava era o pedido de ajuda. Ainda que minimamente há a aproximação da família. (Informação Verbal)<sup>36</sup>

A entrevistada D relatou que a participação da família acontece, principalmente com os alcoolistas adultos e adolescentes usuários de múltiplas drogas. E conforme o caso, a inserção da família no tratamento se dá por meio do grupo familiar, de palestras ou do atendimento individual.

A entrevistada A apresenta a participação da família quando o técnico de referência entra em contato com os familiares ao perceber que a família não está sabendo lidar com as questões trazidas pelo usuário; quando a convivência em casa está difícil; para falar das recaídas, dos motivos que não o deixam ficar sem usar a droga. E afirma que nos acolhimentos individuais e em grupos todas essas questões são problematizadas.

---

<sup>34</sup> Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistada B

<sup>35</sup> IDEM

<sup>36</sup> Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistada A

Não tem uma fórmula pronta mas é feito em grupo. É um espaço de acolhimento. As questões que elas vivenciam durante a semana eles levam para o grupo. E as pessoas intervêm. “Isso já aconteceu comigo e eu agi dessa maneira”, “É para eu pagar as dívidas com o traficante?” (Informação Verbal)<sup>37</sup>

A participação da família também foi destacada na mobilização de familiares em assembléias com o temor do fechamento do CAPS.

Tem família que fala que não reconhece mais o CAPS, porque antes funcionava o dia todo, tinha várias atividades, profissionais. Agora não tem mais lanche e as demissões são constantes. (Informação Verbal)<sup>38</sup>

A entrevistada B respondeu que os familiares em sua maioria não comparecem nos grupos de acolhimento e não participam do trabalho que é realizado. Exceto em casos quando o usuário é um homem alcoólatra, a esposa acompanha. Mas alguns membros da comunidade estão presentes para apoiar de alguma maneira como ex-usuários, membros de igrejas etc.

Já a entrevistada C respondeu que como os usuários de crack em sua maioria não têm familiares e são moradores de rua. Assim, a conexão com a família é muito complicada e a participação da mesma quase inexistente.

Primeiro porque a gente não sabe nem o nome verdadeiro deles; eles costumam dar outros nomes. E eles não mantêm contato com a família, na maioria dos casos. Existem também as famílias que a gente não consegue contato, ou que estão esgotadas. A família já está tão saturada que quando chega no atendimento ela diz “agora cuida”. (Informação Verbal)<sup>39</sup>

E por fim, todas as entrevistadas foram instigadas a relatar as dificuldades encontradas na realização do trabalho. Referentes às dificuldades encontradas na organização do serviço, as entrevistadas A e C identificaram as relações precárias de trabalho. A entrevistada A reforçou o que eu já havia observado através da reunião de equipe. A demanda é grande e o quantitativo de profissionais é pequeno, isto por conta das relações de trabalho que não dão nenhum direito aos profissionais, pelos contratos encerrados, acontecem concursos públicos, mas os classificados não são chamados para trabalhar.

Isso tem prejudicado bastante. Fica difícil dá prosseguimento ao trabalho. Teve um momento em que as oficinas foram paralisadas por conta disso: não tinha profissional, não tinha recurso para repor o material utilizado nas oficinas. Hoje, estão funcionando só pela manhã, e à tarde os pacientes estão sendo liberados. Ficar na convivência sem fazer nada, não dá! (Informação Verbal)<sup>40</sup>

---

<sup>37</sup> Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistada A

<sup>38</sup> IDEM

<sup>39</sup> Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistada C

<sup>40</sup> Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistada A

Além disto, a entrevistada C acrescentou que:

Quando o paciente começa a se vincular, quando se começa a construir um trabalho aí o profissional sai, ou é demitido ou diminui o salário. Todas essas coisas que acontecem tornam o trabalho muito difícil. (Informação Verbal)<sup>41</sup>

Além dessas dificuldades, as entrevistadas C e D identificaram também a falta de insumos para a ampliação do serviço como outra dificuldade. A entrevista B acrescentou que:

Existe a estratégia de usar o cachimbo, mas os recursos ainda não chegaram. Há falta de recursos, a verba é específica, não vem do CAPS. (Informação Verbal)<sup>42</sup>

Já em relação às dificuldades no relacionamento com os usuários, a entrevistada A respondeu que a maior delas é que alguns recaem, o que dificulta o prosseguimento do tratamento. Já as entrevistadas B, C e D, identificaram como a maior dificuldade a adesão ao tratamento por parte do usuário.

Alguns não entendem que não se deve compartilhar os insumos e tudo depende da vontade do usuário. (Informação Verbal)<sup>43</sup>

Além dessas dificuldade a entrevistada C identificou que a questão dos profissionais se depararem, em alguns momentos, com situações que os fazem se sentirem impotentes dificulta um pouco a realização das atividades, pois não é fácil lhe dar com essas situações.

Os profissionais criam expectativas, o que torna difícil trabalhar com pessoas que na maioria das vezes, vão optar por aquilo que está fazendo mal a elas. Mas também não pode naturalizar senão perde de alguma maneira aquilo que move o trabalho. O profissional não pode ficar toda hora frustrado porque a pessoa recaiu, que ela não está aceitando. Essa é uma dificuldade inerente a clínica de álcool e drogas. (Informação Verbal)<sup>44</sup>

E referente às dificuldades em relação a equipe, a entrevistada A relatou que nas supervisões acontecem muitas discussões, e que como acontece nas relações entre os profissionais há os questionamentos e que isso não pode ser levado para o pessoal. Mas que apesar disto, assim como a entrevistada B, ela relatou que há uma boa relação entre a equipe. Já a entrevistada D relatou como uma dificuldade a capacitação da equipe para o enfrentamento das questões de álcool e outras drogas numa perspectiva de redução de danos.

---

<sup>41</sup> Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistada C

<sup>42</sup> Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistada B

<sup>43</sup> IDEM

<sup>44</sup> Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistada C

## **7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Como vimos, em alguns países existem programas que agem com objetivo de conscientizar o uso de drogas, de maneira que essa necessidade não domine a vida dos usuários, os possibilitando a trabalhar, estudar, manter seus vínculos pessoais, enfim, ter uma vida digna. Vimos também, que aqui no Brasil não é diferente. Nem mesmo com o uso do crack, que é uma questão recente.

Por meio deste estudo, conheci um dispositivo de CAPS ad, que funciona como um programa que presta assistência aos usuários de álcool e outras drogas e as suas respectivas famílias. E consegui perceber a partir das entrevistas que esse programa apresenta-se como uma eficiente estratégia para o enfrentamento dessas questões, pois visa a redução dos possíveis danos ocasionados pelo consumo das drogas e, o tratamento é realizado objetivando a reinserção do usuário na sociedade.

Pude constatar que os comportamentos adquiridos pelo uso de crack, entre outras drogas, e que são considerados como prejudiciais recebem uma ampla variedade de

estratégias e procedimentos que têm por objetivo reduzir suas consequências, trabalhando dessa maneira com uma perspectiva mais realista, focada na prevenção do uso abusivo.

É nessa perspectiva que a política do Ministério da Saúde se fundamenta para o enfrentamento das questões referente ao uso de crack e outras drogas. Essa política procura envolver o público-alvo a partir de suas características e especificidades, buscando informações que possibilitam a abordagem da redução de danos.

Através também dessa pesquisa, adquiri um mínimo de entendimento e compreensão do contexto e das especificidades dos usuários de crack, que têm se apresentado como casos totalmente diferentes dos alcoolistas, por exemplo, que percebi que é o grupo que mais é atendido pelo CAPS ad. Entendi também que todos os indivíduos passam por momentos na vida onde se deparam com as drogas, e alguns deles, por várias razões, acabam optando por experimentar ou fazer uso de seus tipos.

O trabalho realizado com usuários de crack possibilitou que um perfil desses usuários fosse traçado. Eles são em sua maioria crianças, adolescentes e jovens de até 29 anos, que estão em estado de rua; ou seja, alguns deles têm difícil convivência com os familiares e por isso, estão nas ruas. Outros ou não têm família, ou foram criados em abrigos etc.

Por conta do uso, eles estão muito debilitados clinicamente e até correndo risco de vida, mas não procuram atendimento em hospitais. Em alguns casos, até são encaminhados para o CAPS ad, mas os usuários de crack não conseguem construir uma demanda para o tratamento, ou não conseguem dar prosseguimento ao mesmo, como foi relatado nas entrevistas.

O traço desse perfil e o conhecimento de suas condições possibilitaram o entendimento de que os usuários de crack necessitam de estratégias que visem a prestação de um atendimento com mais proximidade em seu ambiente. Com esse objetivo o Consultório de Rua e o Projeto Redução de Danos foram criados.

Com a pesquisa, tive a oportunidade de conhecer na prática o funcionamento de um CAPS ad e de outras estratégias, mesmo que não de forma abrangente.

Essas estratégias estão diretamente ligadas ao CAPS ad e funcionam como uma forma de alcançar a demanda antes mesmo que esta chegue ao CAPS ad, pois como vimos, são de sua responsabilidade somente os casos mais graves da rede; e além disto, essas estratégias funcionam como uma resposta anterior ao pedido de tratamento.

Uma vez que os CAPS propõem ações desse nível, alguns de seus projetos muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física dos centros, em busca da rede de suporte social, potencializando suas ações e incentivando a mudança da cultura da sociedade. É importante

ressaltar que o CAPS ad não é somente uma instituição fixa que atende a uma demanda estabelecida.

A partir das entrevistas, pude concluir que atualmente, o CAPS ad tem sido entendido como um programa que responde as demandas de maneira o mais integral possível, considerando as especificidades da mesma. O CAPS ad se mostra como um dispositivo que transfere muitos esforços ao trabalho de buscar a demanda antes que ela se reporte a ele.

Com os usuários de crack, as ações estão sendo realizadas através dos inúmeros caminhos nos quais se encontram, para que eles possam ser alcançados e receberem a possibilidade de iniciarem um tratamento, ou ao menos serem conscientizados a respeito do uso que fazem e também das maneiras de minimização dos danos que estão inerentes.

Assim, O CAPS ad se constitui como um programa que ultrapassa a própria estrutura física dos centros não somente no sentido de buscar a rede de suporte social; mas também ao contrário, para proporcionar suporte aos usuários de crack, se articulando com os diversos segmentos da sociedade como a justiça, a assistência social, a atenção básica, trabalhando de forma a entender e agir a partir de aspectos sociais e não somente de aspectos clínicos.

Em relação aos danos, a pesquisa me possibilitou também a entender que estes são adquiridos pelo contexto social no qual a maioria dos usuários está submetida – jovens em estado de rua - o qual os leva a essa droga, por ser mais econômica, e que também traz consigo a questão da violência. Não desconsiderando também os danos biológicos.

Portanto, apesar da lógica de redução de danos, não é somente a partir do viés da droga que os usuários são alcançados. Também, e principalmente pelo trabalho intersetorial que se constrói entre essas estratégias e o CAPS ad com os setores da sociedade que estão diretamente envolvidos com a construção dos sujeitos. Logo, esse trabalho articulado, pode-se dizer, que tem se apresentado como fundamental para o acolhimento dos usuários de crack, que em sua maioria não deseja largar a droga, impossibilitando assim, que haja um pedido de tratamento.

A partir das entrevistas percebi que diferentemente da abordagem realizada no CAPS ad, a qual é focada diretamente no uso indevido da droga, no projeto de redução de danos e no Consultório de Rua, a abordagem é dirigida pelo viés clínico dos usuários, e a partir disso inicia-se a construção de uma possibilidade de inserção em algum dispositivo de saúde. Ou seja, é através de outros viés que não o da droga que os profissionais se apresentam. E a partir daí, depois de alcançar o usuário, que os profissionais iniciam a conscientização a respeito do uso prejudicial.

Como vimos, esse trabalho articulado, funciona no CAPS ad como um suporte na assistência, uma vez que o direcionamento do usuário até o dispositivo já é pelo viés da droga; e no ambiente externo, a intersetorialidade funciona também como um suporte, mas desta vez na perspectiva de abrir e ampliar a possibilidade de acolhimento e tratamento do usuário de crack e das questões inerentes a essa droga.

Apesar de todo esse trabalho que já se iniciou, o processo de realização das ações é contínuo e concluo que, além de estar no início, o serviço de assistência e acolhimento prestado aos usuários de crack está em construção uma vez que as especificidades envolvidas são bastante peculiares e complicadas de serem trabalhadas. Trata-se de uma droga pesada e que atinge em sua maioria, grupos que já estão muito vulneráveis socialmente, como crianças e adolescentes que estão nas ruas, os quais não têm como se proteger das consequências danosas desse uso.

Esse fenômeno pode ser entendido atualmente como um problema social, que não tem ainda suas razões bem esclarecidas e estruturadas, mas que provoca um enorme impacto sobre a saúde dos usuários e de certa forma, sobre a vida da população em geral e necessita, portanto de uma estratégia eficiente de assistência e acolhimento desses usuários.

Por fim, concluo que a melhor forma de enfrentar a questão é através do acolhimento e assistência integral desses usuários, devido as suas peculiaridades, pois como vimos, as questões sociais são mais pertinentes do que as questões da droga. E que o processo de construção de estratégias é um trabalho diário e contínuo que deve ser realizado entre os setores da sociedade envolvidos com a construção dos sujeitos, afim de que essas estratégias sejam capazes de serem desenvolvidas.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte Carvalho. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 735-759.

AUTORIDADES se reúnem para discutir plano de ação contra o crack. **Antidrogas**, Marília, SP, [30 abr. 2009] (Reportagem apresentada no RJTV 1º Edição da Rede Globo <http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1104298-9097,00.html>) Disponível em: <<http://www.antidrogas.com.br/mostranoticia.php?c=4378&msg=Autoridades%20se%20re%20FAnem%20para%20discutir%20plano%20de%20a%E7%E3o%20contra%20o%20crack>>. Acesso em: 05 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas. **O Crack: como lidar com este grave problema (I)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=33717&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33717&janela=1)>. Acesso em: 05 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/SM\\_Sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf)>. Acesso em: 09 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Presidência da República Federativa do Brasil. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. **Informações sobre drogas: definição e histórico**. Brasília: Presidência da República Federativa do Brasil, c2007. Disponível em: <[http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id\\_conteudo=11250&rastr=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS/Defini%C3%A7%C3%A3o+e+hist%C3%B3rico](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11250&rastr=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS/Defini%C3%A7%C3%A3o+e+hist%C3%B3rico)>. Acesso em: 28 jun. 2010.

CRUZ, Marcelo Santos; FERREIRA, Salette Maria Barros. O vínculo necessário entre a saúde mental e o Programa Saúde da e outras drogas. **Caderno IPUB 24**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, p. 67-80, mar-abr. 2007.

DELGADO, Pedro Gabriel. Drogas: o desafio da saúde pública. In: ACSELRAD, Gilberta (Org.). **Avessos do prazer: drogas, AIDS e Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 165-182.

DOMANICO, Andréa; MACRAE, Edward John Baptista das Neves. Estratégias de Redução de Danos entre Usuários de Crack. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual**

**de drogas e dependências.** São Paulo: Atheneu, 2006, p. 371-379.

DOMANICO, Andréa. **Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo dos nórias:** estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. 2006. 232 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)-Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, 2006. Disponível em: <[http://www.universidadenova.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/Craqueiros\\_e\\_cracados\\_paginadoteseufba.pdf](http://www.universidadenova.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/Craqueiros_e_cracados_paginadoteseufba.pdf)> Acesso em: 05 jun. 2010.

DUALIBI, Lígia Bonacim et al. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 545-557, abr. 2008.

FREIRE, Aluizio. Polícia admite avanço do crack no Rio e investiga rota da droga. **G1.** [S.l.], 14 maio 2008. Disponível em:<<http://g1.globo.com/Noticias/Rio/0,,MUL469004-5606,00-POLICIA+ADMITE+AVANCO+DO+CRACK+NO+RIO+E+INVESTIGA+ROTA+DA+DROGA.html>>. Acesso em: 05 jun. 2010.

MACRAE, Edward John Baptista das Neves. Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos. **NEIP.INFO,** [S.l.], p. 1-4, [2009]. Disponível em: <http://coletivodar.files.wordpress.com/2009/07/edward2.pdf>> Acesso em: 05 jun. 2010.

MARLATT, Alan G. Redução de danos no mundo: uma breve história. In: \_\_\_\_\_. **Redução de Danos: Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999a. p. 29-43.

MARLATT, Alan G. Princípios básicos e estratégias de redução de danos. In: \_\_\_\_\_. **Redução de Danos: Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999b. p. 45-58.

NICASTRI, Sérgio. Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas.** [S.l.]: SENAD, [2008]. (Curso a Distância, aula 4: O que são drogas?). Disponível em: <[http://50anosbsb.unb.br/SENAD/aula\\_4.pdf](http://50anosbsb.unb.br/SENAD/aula_4.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2010.

NOTÍCIAS do Portal Pesquisa e Sociedade. 2008. **Pesquisador alerta para o uso de crack por crianças e adolescentes.** Disponível em:<[http://www.uerj.br/modulos/kernel/index.php?pagina=708&cod\\_noticia=1837](http://www.uerj.br/modulos/kernel/index.php?pagina=708&cod_noticia=1837)>. Acesso em: 05 jun. 2010.

NOTO, Ana Regina et al. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p.145-151.1999.

RIBEIRO, Cynara Teixeira. Uso de substâncias tóxicas: História, modalidades e efeitos na subjetividade e nos laço sociais. **Psicologia em foco,** Aracajú, vol. 3, n. 2, p.116-123. 2009.

TORRES, Raquel. Debate recente e ainda inconcluso: prevenção, tratamento e questões legais em relação ao uso de drogas são pontos polêmicos e dividem países. **Revista Poli Saúde Educação Trabalho,** Rio de Janeiro, n.11, ano 2, maio-jun. 2010.

TULLER, Nívea Gisele Panizza; ROSA, Dorli Terezinha de Mello; MENEGATTI, Rosemary Parras. Crack e os perigos de uma viagem sem retorno. **Iniciação Científica Cesumar**, Maringá, PR, v. 9, n. 2, p. 153-161. 2007.

## BIBLIOGRAFIA

- ÁLCOOL E DROGAS SEM DISTORÇÃO. **História da cocaína**, São Paulo, [20--]. Disponível em: <[http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/drogas\\_historia\\_cocaina.htm](http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/drogas_historia_cocaina.htm)>. Acesso em: 5 jun. 2010.
- ACSELRAD, Gilberto. A educação para a autonomia: construindo um discurso democrático sobre as drogas. In: \_\_\_\_\_. **Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p.183-212.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**, Brasília, [20--]. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24134](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134)>. Acesso em: 15/06/2010.
- CRUZ, Marcelo Santos e FERREIRA, Salette Maria Barros. Determinantes socioculturais do uso abusivo de álcool e outras drogas: uma visão panorâmica. In: \_\_\_\_\_. **Coleções IPUB**. Rio de Janeiro: Edições IPUB, 2001, p. 95- 112.
- NIARDI, Henrique Caetano et al. Marginalidade ou cidadania: a rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. **Psicologia em estudo**, Maringá, PR, v. 10, n. 2, p. 273-282. 2005.
- SILVEIRA, Dartiu Xavier; MOREIRA, Fernanda Gonçalves. Reflexões preliminares sobre a questão das substâncias psicoativas. In: \_\_\_\_\_. **Panorama atual de drogas e dependência**. São Paulo, Atheneu, 2006, p. 4-6.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Roteiro de perguntas das entrevista realizadas com profissionais da saúde ligados a assistência e a gestão do dispositivo CAPS AD.

- Quais são as razões mais frequentes da chegada do usuário ao centro?
- Como se processa a chegada do usuário? (se ele é prontamente atendido, é feito um cadastro desse usuário, são feitas perguntas sobre suas condições de vida, ele é questionado sobre as vias pelas quais ele se droga)
- Como são realizados os primeiros atendimentos ao usuário?
- Qual é o passo seguinte ao primeiro atendimento? [O usuário vai para qual espaço do centro? O que é feito com esse usuário? Como é o tratamento (individual ou coletivo)]
- Como é definido o tipo de tratamento que será prestado aos usuários?
- Quais são as principais atividades oferecidas no serviço?
- O tratamento do usuário é pactuado entre ele e a equipe de atendimento? Como isso é feito?
- Como se dá a participação da família no tratamento?
- As estratégias terapêuticas estão articuladas com alguma outra estratégia intersetorial?
- Caso afirmativo, como se dá essa articulação?
- Em casos de abandono de tratamento, qual os procedimentos da equipe?
- Quais são as principais dificuldades enfrentadas pela equipe?
  - Em relação ao usuário.
  - Em relação à organização do serviço.
  - Em relação à própria equipe.