



Sobre Drogas e Redução de Danos

O cotidiano dos profissionais de
saúde no programa +Vida do Recife

Juliana Lins
Pollyanna Pimentel
Roberta Uchôa
(orgs)

Sobre Drogas e Redução de Danos: O cotidiano
dos profissionais no Programa +Vida do Recife

Juliana Lins, Pollyanna Pimentel e Roberta Uchôa (orgs.)

Recife, dezembro/2010

Catálogo na fonte:
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia, CRB-4/227

Sobre drogas e redução de danos: o cotidiano dos
profissionais no Programa +Vida do Recife /
Juliana Lins, Pollyanna Pimentel e Roberta Uchôa
(Orgs.) – Recife, 2010.

191 p.

Inclui bibliografia

1. Drogas. 2. Redução de danos. 3. Política pública. I. Lins, Juli
ana. II. Pimentel, Pollyanna. III. Uchôa, Roberta. IV. Título.

364.272

CDU

UFPE

362

CDD

CSA2010 - 110

À Romualdo Mendonça, alvirrubro e companheiro do GEAD,
com carinho e muita saudade.

“Quem cuida também se cuida.
Verdade, seja aonde for.
Cuida de corpos e almas senão vai virar robô.”

Wilson Freire

Sumário

Prefácio	008
Gustavo de Azevedo Couto – Secretário Municipal de Saúde do Recife	
Apresentação	010
Juliana Lins, Pollyanna Pimentel e Roberta Uchôa	
CAPSad Prof^o Luiz Cerqueira: relato de caso da trajetória de um usuário de cola em serviço especializado	014
Maria Carmem de A. Neves Trindade, Adilma Pimentel dos Santos Costa, Adriana Neves Marinho, Bárbara Botelho Arrais, Cristiane de Alcântara Santana, Michelle Campos Carvalho, Rosana Almeida de Moraes e José Arturo Costa Escobar	
A dependência química e o crack: uma história de superação para além das adversidades	024
Ivana Magaly Lima A. Carvalheira, Marta de Souza Araújo, Patrícia Alves da Silva, Sueli Borges de Lima e Renata Barreto de Almeida	
Perfil psicossocial do dependente de crack no CAPSad Estação Vicente Araújo	037
Dalvanira Tavares de Souza, Ivana Magaly Lima A. Carvalheira, Magda da Silva Figueiroa, Maria Ângela Bezerra Augusto de Lima, Maria Edilene Souza Pereira e Maria José de Moura	
O cuidado voltado aos usuários de álcool e outras drogas no CAPSad Eulâmpio Cordeiro: um olhar centrado no sujeito, na formulação da política e no empoderamento da clínica	048
Ana Lúcia Pottes Vasconcelos, Sílvia de Oliveira Luna, Selene Cordeiro Vasconcelos, Leonardo Wanderley Delgado, Maria Suzy Feitosa da Silva, Ana Maria Lopes de Valois, João Marcelo Costa Ferreira, Maria da Conceição de Melo	

Vasconcelos, Vaneschka de Almeida Cipriano, Cláudia Alves da Cunha e Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque

Adolescentes usuários de álcool e outras drogas atendidos no CAPSad Profº René Ribeiro: um olhar sobre a questão da adesão ao tratamento	060
Geovana Melo de Costa Araújo, Maria Izabel G. dos Santos, Monica Maria dos Santos Bezerra, Paulo José Barroso de Aguiar Pessoa e Carlos Henrique Reis da Silva	
Um outro olhar para os dependentes de nicotina: uma experiência de tratamento no CAPSad René Ribeiro	068
Érika Soares Correia, Luciana Cibelle Araújo dos Santos, Romualdo Mendonça de Lucena e Paula Moraes	
Do tiro na lata ao tiro da lata: a resiliência de um usuário de crack	082
Cristiane de Holanda, Marcelo Ferreira Leite, Maria Lucia Freire, Ruth Bonow Theil e Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque	
Compreendendo melhor os noiados: um relato de caso no campo da redução de danos	091
Marcio Soares e Renata Barreto de Almeida	
Artes, diálogos e uso de drogas: um relato de experiência sobre redução de danos	099
Cynthia L. Damasio da Silva, Flávia Oliveira Costa e Pollyanna Pimentel	
A importância da intersetorialidade na política de e outras drogas: reflexões críticas	108
Elida Maria do Nascimento, Maria do Socorro Furtado Bastos, Sayonara Queiroz Coelho, Galba Taciana Sarmento Vieira e Soraya Araújo Uchoa Cavalcanti	

Por uma travessia sobre as pedras: um estudo de caso no CAPSad Eulâmpio Cordeiro	116
Aldo Luís Farias, Priscilla Tainah Sá A. Lira, Vaneschka de Almeida Cipriano e Roberta Uchôa	
Redução de danos no São João do Recife: relato de experiência	121
Suane Maria da Silva, Soraya Araújo Uchoa Cavalcanti e Galba Taciana Sarmento Vieira	
A participação dos dispositivos comunitários como estratégia de redução de danos em Centros de Atenção Psicosocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad	127
Clebes dos Ramos Silva, Antônio Sebastião de Oliveira, Ritta de Cássia Pantaleão e Juliana Lins	
Uma análise sobre a relevância das saídas terapêuticas durante o tratamento de usuários de álcool e outras drogas	141
Cristina Maria Tavares, Priscila Cristina Linhares de Carvalho, Alexandre Alves Guilherme, Bárbara Cavalcante Tavares da Silva, Ricardo Alves da Cunha, Roberta Eleonora Pontes Cavalcante, Gilson Alves da Silva e Roberta Uchôa	
A mulher alcoolista: caso clínico acompanhado pelo Centro de Referência Estação Jandira Masur para mulheres usuárias de álcool e outras drogas	150
Karla Michelle Soares Dantas, Georgina Brandão da Cruz, Magaly Hellen dos Santos, Olívia Correia Bandeira do Nascimento, Rejane Silva de Farias, Rosália Ernesto da Silva e Micheline Alves de Moraes	
Utilização do fumódromo como estratégia de adesão ao tratamento da dependência química: um relato de experiência	161
Luigi Santos, Ana Célia Aguiar e Roberta Uchôa	

Impasses da rede de atendimento ao usuário de drogas e as conseqüências à sua reabilitação social	169
Bárbara Batista Vieira, Kelma Oliveira da Silva, Márcia Cristina Silva, Suzi M. S. de Arruda Falcão, Adriana Otaciana da Silva, Erica Paula de Negreiros, Francegleidecy Cunha, Lygia Batista da Silva Malzac, Nelson Rodrigues da Costa e Roberta Uchôa	
Referências	180
Lista de autores (as)	188

Prefácio

Podemos dizer que na saúde pública sempre estamos dialogando com as inúmeras experiências desenvolvidas que, de uma maneira diversificada, buscam organizar o processo de trabalho para possibilitar o acesso universal a serviços de qualidade e resolutivos. A integração de ações programáticas no território permite um planejamento descentralizado, valoriza os profissionais e articula com mais responsabilidade sanitária as ações de promoção à saúde, vigilância, tratamento e reabilitação.

8 É exatamente no contexto de reorganização do processo de trabalho, com a implantação do Modelo de Atenção “Recife em Defesa da Vida”, que a Secretaria de Saúde do Recife investe no fortalecimento da proposta de Redução de Danos como política pública. A estratégia passa pela ampliação do conceito da clínica e valoriza o vínculo e a confiança entre trabalhadores e usuários, preservando a relação social e possibilitando alternativas para uma vida com mais qualidade.

Foram diversas ações disparadas desde a implantação do Programa +Vida, como a realização do concurso para os Agentes Redutores de Danos, e sempre presente o desafio da qualificação das ações de minimizar os danos sociais e à saúde dos usuários de drogas, respeitando suas possibilidades de escolha e reconhecendo-os como sujeitos de direitos

Deste modo, o livro “Sobre drogas e redução de danos: o cotidiano dos profissionais no Programa +Vida do Recife” tem o objetivo de apresentar a sistematização das práticas dos trabalhadores da rede de serviços do Programa +Vida que estiveram em processo de educação e formação durante o ano de 2010, como umas das estratégias de qualificação e formação continuada de seus técnicos e profissionais.

É importante citar a parceria firmada entre o Grupo de Estudos sobre Álcool e Outras Drogas – GEAD, da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, e o Programa +Vida, no desenvolvimento dos projetos de extensão: Escola de Redutores de Danos do SUS e Curso de Políticas Pública sobre Drogas, no sentido da socialização das ações dos nossos serviços e nos atendimentos prestados à população recifense.

Parabenizo os profissionais envolvidos, pela importância da divulgação dos relatos de casos e de experiências, contribuindo de forma importante com a consolidação da Política de Redução de Danos na nossa cidade.

Gustavo de Azevedo Couto
Secretário Municipal de Saúde do Recife

Apresentação

10 A publicação deste livro é motivo de festa. O livro é o resultado concreto de um saudável processo, que envolveu mais de 80 (oitenta) profissionais da rede de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, do Programa +Vida, da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, viabilizado pela profícua parceria estabelecida com o Grupo de Estudos sobre Álcool e outras Drogas – GEAD, do Departamento de Serviço Social, da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Além do presente livro, esta parceria viabilizou a realização de várias atividades de extensão, dentre elas o “Curso de Políticas Públicas sobre Drogas” e a “Escola de Redutores de Danos do SUS”, para os técnicos e os agentes redutores de danos dos centros de atenção psicossocial, albergues terapêuticos (casas do meio do caminho) e centro de referência para mulheres do Recife.

Ao longo de 2010, trabalhadores e gestores, tanto das unidades de saúde como do nível central de gestão, dividiram em sala de aula suas experiências e apreensões, compartilharam saberes e foram estimulados a refletir sobre o cotidiano de suas práticas. As experiências desses profissionais de saúde estão aqui relatadas nesta publicação. Os conteúdos teóricos que fundamentam as diversas práticas foram participados pelos convidados especialistas da área de drogas durante o processo de capacitação viabilizado pelas atividades de extensão. Assim, estão aqui registrados os elementos centrais do debate teórico contemporâneo e dos estudos empíricos sobre as drogas no Brasil, particularmente sobre o crack.

A importância deste livro reside na relevância dos temas tratados, mas, sobretudo, por evidenciar por parte de seus autores a busca pela qualificação de suas práticas através da atualização das questões relativas à problemática das

drogas, tanto no nível teórico como no nível concreto do fazer da política municipal sobre drogas do Recife. Os autores ressaltam as tensões existentes entre as demandas dos usuários, dos familiares e da sociedade; e, os limites impostos ao Estado no cumprimento de uma atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.

No Recife, a saúde mental, particularmente, o Programa +Vida, passou por uma importante ampliação nos últimos anos, com a criação de novos dispositivos de atenção a usuários de álcool e outras drogas: de 02 (duas) para 11 (onze) unidades de saúde, incluindo 06 (seis) centros de atenção psicossocial, 03 casas do meio do caminho, 01 (um) centro de referência para mulheres e 01 (uma) unidade de desintoxicação em hospital geral. Além destas unidades, em 2008, após a realização de concurso público, a atenção básica recebeu um grande reforço com a contratação de agentes redutores de danos, cargo que foi regulamentado através da Lei 17.400/2007, aprovada pela Câmara de Vereadores do Recife. Os agentes redutores de danos desenvolvem atividades de promoção da saúde e de redução de danos relacionados ao uso de álcool, fumo e outras drogas no território adscrito; e, orientam usuários, principalmente os que se encontram em situação de risco, familiares e a comunidade no que se refere à utilização dos serviços de saúde disponíveis para o atendimento de suas necessidades. É importante também destacar a parceria do Programa Academia da Cidade com os centros de atenção

psicossocial, casas do meio do caminho e centro de referência para mulheres; o desenvolvimento dos projetos “+Vida na Folia”, “+Vida no Forró”, “Projeto Orla” e “Consultório de Rua”; e, a presença do Programa +Vida no Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania, Programa de Saúde na Escola e Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. A ampliação da rede e das ações de redução de danos no Recife demanda, a cada dia, a construção de referências de atuação qualificada de atenção integral a usuários de álcool, fumo e outras drogas. Os desafios pela frente são enormes.

O modelo “Recife em defesa da vida” proposto pela atual gestão da Secretaria de Saúde do Recife propõe “[...] uma mudança de sensibilidade num sentido humanista de mais cuidado e responsabilização ante o usuário, em sintonia com a ampliação das práticas clínicas, a qualificação do trabalho em equipe, a co-gestão como os trabalhadores e a valorização dos espaços coletivos” (RECIFE, 2010). Com base neste compromisso, os profissionais-autores dos artigos deste livro aceitaram o desafio de refletir, sistematizar e colocar em análise o cotidiano dos serviços e as atuais práticas de saúde na área de álcool e outras drogas.

É importante ressaltar o quão extraordinário foi este processo coletivo, pois a maioria dos profissionais de saúde estava afastada da academia fazia muito tempo e, pela primeira

vez, estava envolvida com a produção de artigos acadêmicos. Na elaboração dos artigos, os profissionais-autores contaram com o apoio dos membros do GEAD, que na função de tutores acompanharam o processo coletivo de reflexão e produção dos artigos desde a definição dos temas à sua estruturação, redação e revisão final. Todo esse processo durou 03 (três) meses. Esta colaboração entre pesquisadores e profissionais de saúde foi um processo de troca de experiências e enriquecimento recíprocos.

Ao todo são 17 (dezesete) artigos que retratam toda a diversidade, limites e possibilidades das práticas desses profissionais-autores de diferentes níveis e formações profissionais (exp. agentes redutores de danos, assistentes sociais, educadores físicos, enfermeiros, médicos psiquiatras, psicólogos, técnicos de enfermagem e administrativos e terapeutas ocupacionais). Através dos relatos de casos e de experiências, todos relacionados às drogas, são realizadas reflexões sobre temas diversos como gênero, juventude, intersetorialidade, dispositivos comunitários, clínica do sujeito, saídas terapêuticas, saúde do trabalhador, dentre outros. O crack foi a droga mais abordada seguida pelo álcool, nicotina e cola. Estas são as drogas mais usadas na cidade do Recife e que mais usuários demandam cuidados na rede de saúde pública municipal. A disposição dos artigos no livro não segue uma ordem temática específica. Eles estão dispostos seguindo o ordenamento dos distritos sanitários do Recife (do I ao VI) e dos dispositivos de

saúde: primeiro os artigos dos técnicos dos centros de atenção psicossocial, depois dos agentes redutores de danos lotados nestes centros e por fim, dos agentes redutores de danos das casas do meio do caminho e do centro de referência para mulheres. Algumas equipes se dividiram na elaboração dos artigos, o que resultou em 07 (sete) artigos dos técnicos dos centros de atenção psicossocial, 06 (seis) dos agentes redutores de danos destes centros e 04 (quatro) dos agentes redutores de danos das casa do meio do caminho e do centro de referência para mulheres.

Antes de finalizar esta apresentação, gostaríamos de agradecer a algumas pessoas e instituições que sem elas não teria sido possível a realização deste livro. Primeiro, às discentes do Curso de Graduação em Serviço Social, Alessandra Conceição, Clarissa Lacerda, Luiza Barros, Rafaela Theodósio e Roberta Soriano pelo apoio técnico; a todos profissionais da rede de atenção em álcool e outras drogas pelo empolgante esforço de produzir os artigos que compõem este livro; aos membros do GEAD pelo comprometido trabalho de apoio na preparação dos artigos; e, por fim, ao Centro de Ciências Sociais Aplicadas e ao Departamento de Serviço Social/UFPE pela disponibilização dos espaços e equipamentos necessários à realização das atividades de extensão.

Por fim, solicito ao leitor, caso tenha paciência de percorrer todas as páginas deste livro, uma reflexão sobre a

questão das drogas e as diferentes realidades institucionais considerando as contradições que lhe são inerentes. Não sabemos ainda qual o próximo passo a ser dado após as discussões e polêmicas aqui reunidas, mas sabemos qual o seu significado: o trato das subjetividades e comportamentos humanos, particularmente, aqueles considerados desviantes, como o uso de drogas, não pode ser restrito as racionalizações simplistas que dominam os mecanismos de controle social, muito menos restrito a um campo específico de um saber profissional. Ou seja, a explicação teórica do real é ferramenta indispensável para construir respostas alternativas às limitações objetivas postas pela sociabilidade burguesa e para orientar ações e estratégias coletivas mediadas por valores éticos e políticos fundados na perspectiva de ampliação de direitos e do acesso a políticas sociais públicas de qualidade para todos, inclusive, para os usuários de drogas.

Recife, dezembro/2010.

Juliana Lins
Pollyanna Pimentel
Roberta Uchôa

CAPsAD Prof. Luiz Cerqueira: relato de caso da trajetória de um usuário de cola em serviço especializado

Maria Carmem de A. Neves Trindade
Adilma Pimentel dos Santos Costa
Adriana Neves Marinho
Bárbara Botelho Arrais
Cristiane de Alcântara Santana
Michelle Campos Carvalho
Rosana Almeida de Moraes
José Arturo Costa Escobar

Resumo

O presente caso, referente a um usuário crônico de cola que realizou tratamento no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad Professor Luiz Cerqueira, é relatado pela sua relevância para a instituição, pois requisitou não apenas os esforços integrados da equipe multiprofissional, mas também a mobilização interinstitucional no âmbito da saúde mental e assistência social. Destacou-se dos demais por apresentar uma multiplicidade de fatores socioeconômicos e de saúde, proporcionando à equipe técnica um repensar da prática e das ações desenvolvidas junto aos usuários do serviço. O caso levantou questionamentos acerca dos entraves do modelo da rede de atenção à saúde mental, permitindo uma reflexão substancial no que tange ao melhor direcionamento das intervenções em prol da obtenção de resultados positivos, relacionando-os à proposta de promoção da saúde. Os resultados provenientes podem ser analisados no decorrer deste artigo, sendo destacado o impacto do tratamento na vida desse usuário.

Palavras-chave: dependência química, inalantes, redução de danos, saúde mental.

Introdução

A lei 10.216, de 06 de abril de 2001, pode ser considerada um marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificando, de forma histórica, as diretrizes básicas da atenção em saúde no Brasil. Tal dispositivo assegura os direitos e a proteção das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo de assistência, garantindo a esses usuários a universalidade e a integralidade de acesso e direito à assistência. O novo paradigma busca valorizar a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes e ajustando, de forma equânime e democrática, as suas ações às necessidades da população (DELGADO; CORDEIRO, 2009).

16

Dessa prerrogativa, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, serviços existentes no país desde a década de 80, configuraram-se como equipamentos estratégicos para a efetivação de uma

rede substitutiva ao antigo modelo hospitalocêntrico. Desde 2002, tais unidades passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde, o que favoreceu a expansão e aprimoramento dessas instituições, acabando por transformá-las nos articuladores da rede e da política de saúde mental em um determinado território.

Segundo a Portaria/SNAS no 224, de 29 de janeiro de 1992, cabe ao CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais desse usuário em sua comunidade. São funções dos CAPS: prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção em saúde mental na rede básica. O CAPS é o nú-

cleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento.

Em 2002, o Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 336, estabeleceu as normas de funcionamento dos CAPS, diferenciando-os pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida, e organizando-os no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Dentre os tipos de serviços dispostos na legislação, foram estruturados os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad como equipamentos especializados para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas – SPA.

Na cidade do Recife, os serviços CAPSad são regulamentados pela política do Programa + Vida de Redução de Danos – RD no Consumo de Álcool, Fumo e outras Drogas. Consoante com os princípios trazidos pela Portaria nº 1.028/GM, de 1º de julho de 2005, institui-se um olhar diferenciado sobre a questão das drogas, buscando minimizar eventuais conseqüências do uso e não tendo a abstinência como único objetivo. Além disso, está prevista a promoção de abertura de campo em redução de danos e o acompanhamento de dados epidemiológicos relativos ao uso, abuso e dependência de álcool, fumo e outras drogas. Ao adotar a perspectiva da RD, os CAPSad se inseriram em um movimento renovado acerca das políticas públicas sobre drogas (FONSECA; BASTOS, 2005).

Em 2003, em estudo realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, foram levantados dados epidemiológicos sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes que viviam em situação de rua nas 27 capitais brasileiras. Dentre as 2087 crianças/adolescentes entrevistadas, 958 delas residiam na região Nordeste do país, apresentando perfil de consumo de inalantes no mês de 36,7% e, especificamente para cola, de 29%. O perfil de uso quase diário de inalantes foi relatado por 23,1%, com elevadas taxas de exposição ao comportamento de risco associado ao uso de drogas. Considerando apenas a cidade do Recife (n= 64), foram observados resultados mais graves para a situação de rua em relação à amostra global, com maior número de horas na rua e há mais tempo nessa situação. A cola foi, depois do tabaco, a droga mais consumida no mês (79,7%), com uso quase diário de solventes relatado em 64,1%. Cerca de um quinto da amostragem relatou uso de crack (NOTO, 2003).

Lubman (2008) relatou que, nos últimos anos, o uso de solventes tem se tornado problema comum entre crianças e adolescentes e associa-o ao fato de tais produtos serem de fácil acesso, encontrados em várias casas comerciais. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, através da Resolução RDC nº 345, de 15 de dezembro de 2005, proíbe a comercialização a menores de idade de substâncias solventes capazes de promover depressão do sistema nervoso central – SNC. Entretanto,

dados epidemiológicos mostraram que mais da metade realizaram, pessoalmente, compras dos solventes no comércio (NOTO, 2003).

Os solventes são substâncias geralmente inflamáveis e facilmente introduzidas no organismo por meio da inalação. Atuam como depressoras do SNC, apresentando efeitos como sensações de bem-estar, leveza, excitação e euforia (PEDROZO; SIQUEIRA, 1989 e LACERDA, 2009). No entanto, o uso crônico dessas substâncias está associado a alterações neurológicas, renais, hepáticas e pulmonares, que se manifestam por sintomatologia diversa: paranóia, comportamento agressivo e impulsivo, depressão, insuficiência renal e/ou hepática, neuropatia periférica, dificuldades de aprendizagem, entre outros. O estado de abstinência se caracteriza por apresentar comportamento hiperativo e ansioso, alucinações, delírios, calafrios e irritabilidade (LUBMAN, 2008).

O contexto que envolve o usuário de drogas apresenta características peculiares, abrangendo sua relação com a substância em seus aspectos físicos, psicológicos, sociais e econômicos (FONSECA; BASTOS, 2005). Este estudo retrata, de modo mais específico, a situação de um usuário com histórico de uso de cola, vivente em contexto de rua, sem nenhuma referência familiar. Foi proposto apresentar o relato deste caso baseado em registros e na experiência direta das pessoas envolvidas no tratamento. Ainda, a escolha do presente caso se

destacou entre os demais pela sua complexidade, envolvendo uma multiplicidade de fatores socioeconômicos e de saúde, que geraram para o serviço uma demanda de articulação institucional extra ao CAPSad, permitindo envolver a rede socioassistencial, amparados pelas políticas públicas. Durante o processo de tratamento, esse caso permitiu que a equipe técnica repensasse sua prática, questionasse os entraves do modelo de atenção, permitindo uma reflexão substancial no que tange ao melhor direcionamento e práxis da rede de saúde mental, em prol da obtenção de resultados mais favoráveis e concretos.

Relato de Caso

AFS, sexo masculino, 29 (vinte e nove) anos, pardo, solteiro, natural e procedente do Recife-PE, em situação de rua no momento de admissão do serviço CAPSad Professor Luiz Cerqueira. Segundo seu relato, é o caçula de dois irmãos, sem vínculos familiares, referia ter conhecimento apenas do irmão mais velho, contudo, sem qualquer contato. Pai falecido na infância. Desconhecia nome e paradeiro da mãe. Relatou vivência em ambiente hostil, sofrendo agressões de sua genitora, motivo pelo qual alega ter saído de casa e ido morar nas ruas, aos 08 (oito) anos de idade, residindo no Terminal Integrado de Passageiros – TIP, em Recife. Correlaciona este fato ao início do uso de inalante (cola) e refere ter feito uso de outras SPA na vida (maconha, álcool, tabaco, crack, Rohypnol e Artane). Segundo relato em prontuários, abstinente para estas. Relatou episódios de transgressões sociais e desvios de conduta, sendo resgatado diversas vezes pela antiga Fundação da Criança e do Adolescente – FUNDAC, atualmente Fundação de Atendimento Socioeducativo de Pernambuco – FUNASE. Apresentou histórico de internamentos psiquiátricos no Hospital Otávio de Freitas. Na adolescência, foi acompanhado pela Organização Não-Governamental – ONG Ruas e Praças, residindo até aos dezessete anos no Sítio Capim de Cheiro, localizado no Estado da Paraíba. Após os dezessete anos, voltou a residir nas ruas, sem nenhum vínculo familiar e sem registro civil.

Em 2005, AFS compareceu pela primeira vez ao CAPSad Professor Luiz Cerqueira, encaminhado pelo Instituto de Assistência Social e Cidadania – IASC, para dar início ao processo de triagem nesse serviço, trazendo relato de uso de cola há mais de vinte anos. Naquele momento, realizando uso diário ininterrupto. Apresentava quadro clínico comprometido, tremores, agitação psicomotora e irritabilidade. Concluiu todo o processo de triagem e admissão, contudo, não compareceu ao Grupo Acolhimento para iniciar o tratamento. Uma segunda tentativa de adesão aconteceu em 2006, quando AFS, acompanhado de um educador do IASC, foi submetido a novo processo de triagem, porém, não apresentou interesse em realizar o tratamento. Em fevereiro de 2007, retornou pela terceira vez ao serviço, novamente trazido pelo educador do IASC, desta vez admitido. Conforme os registros em prontuários do CAPSad Professor Luiz Cerqueira, AFS apresentava comprometimentos motor e mental importantes, refletidos em incoordenação motora (ataxia global), dificuldade de raciocínio, instabilidade emocional e déficit de compreensão (atraso cognitivo). Associava-se, ainda, grave comprometimento visual, poliparasitose intestinal, sífilis e alterações renais. Nos grupos terapêuticos, mostrava-se bastante sonolento, com déficit de atenção, dificuldades em seguir regras e rotinas, comportamento agitado e irritado. Em relação ao consumo de drogas, foi observado evolução do tratamento, com redução do consumo do uso de cola em dias intermitentes (3 a 5 cinco dias).

Visando a continuidade do tratamento e melhoria da condição clínica do usuário, foi encaminhado, em abril de 2007, para Casa do Meio do Caminho – CMC Professor Luiz Cerqueira, espaço de proteção 24h, permanecendo por dez dias. Não se adaptando, retornou ao CAPSad Professor Luiz Cerqueira, para dar continuidade ao tratamento. Vale salientar que, desde o ingresso no serviço, foi utilizado farmacoterapia paralela ao tratamento psicossocial. Em novembro de 2007, continuou referindo o uso reduzido de cola e expressou o desejo de sair das ruas. Em trabalho conjunto com o IASC, foram retirados os documentos civis oficiais (Registro Civil, Carteira de Identidade e Cadastro de Pessoa Física), com o objetivo de encaminhá-lo ao Benefício de Prestação Continuada – BPC da Lei Orgânica da Assistência Social, sendo iniciado o processo de pareceres de médicos e especialistas.

Em janeiro de 2008, minimizado o uso e, conseqüentemente, os efeitos nocivos da cola, o retardo mental moderado não especificado (CID-F71.9) e a instabilidade emocional passaram a ser os fatores mais prejudiciais ao desempenho ocupacional de AFS. Foi decidido encaminhá-lo para realizar tratamento em um CAPS de Transtorno Mental de referência do Distrito Sanitário I do Recife. Desde esse momento, passou a ser acompanhado em conjunto pelos dois serviços, apresentando melhora gradual da capacidade de assimilação dos conteúdos trabalhados em grupos e demais atividades terapêuticas, bem como melhor convivência social.

Em fevereiro do mesmo ano, foi encaminhado mais uma vez para a Casa do Meio do Caminho Professor Luiz Cerqueira, como medida de proteção para passar o período de carnaval, contudo, por solicitação de AFS, teve a sua permanência prolongada por mais quarenta dias. A continuidade do tratamento no CAPSad, após permanência na CMC, permitiu que fossem trabalhados seus projetos de vida e a relação com a droga.

Em março de 2009, com o diagnóstico de Cegueira Adquirida (CID-H54.0), decorrente do abuso de cola, foi incluído no BPC e, posteriormente, devido as perdas funcionais adquiridas, diante da piora do déficit visual, foi encaminhado à Sociedade Beneficente dos Cegos do Recife para reeducação de suas atividades diárias.

As melhoras observadas no quadro motor, sociabilidade, compreensão intelectual, expressividade, reconstituição da história pessoal e autonomia econômica, constituíram parâmetros importantes para a evolução do tratamento. Obteve a alta clínica do CAPSad em abril de 2010. Com o auxílio advindo do BPC, não se encontra mais em situação de rua, vivendo em residência alugada, com padrão alimentar considerado saudável, vestuário limpo. Permanece, atualmente, em tratamento e acompanhamento no CAPS de Transtorno Mental, e segundo relato do usuário, seu padrão de uso de cola, no momento da alta clínica, acontecia apenas nos finais

de semana, expressando o desejo de não realizar o abandono total da substância, tendo o mesmo atingido os parâmetros construídos no seu projeto terapêutico singular - PTS.

Discussão e considerações finais

Relatar a experiência vivenciada por AFS no serviço CAPSad tornou-se um desafio, pois implicou expor uma série de questionamentos e dúvidas surgidas no âmbito da equipe multiprofissional, acostumada, muitas vezes, a sua prática de certezas. Como tratar o usuário que não consegue aderir às propostas terapêuticas apresentadas? Como assistir ao usuário carente do suporte social e familiar?

Ao ser admitido para tratamento no CAPSad, AFS trazia consigo características comuns a muitos jovens moradores de rua (EL-KHATIB, 1998), além da aparência física descuidada e das péssimas condições de higiene, exibia comportamento próprio de quem vivia em constante situação de ameaça: arreado, agressivo, desconfiado. Sabia pouco sobre a sua própria história e sequer possuía registros que comprovassem legalmente a sua existência. O comportamento atípico, à parte das convenções sociais, confrontou diretamente o modelo de funcionamento institucional.

Os CAPSad desenvolvem proposta de tratamento centrada em atividades terapêuticas de grupo, com enfoque em estratégias para mudanças de comportamento, reflexões sobre atitudes e construção/reorganização do projeto de vida dos seus usuários (FONSECA; BASTOS, 2005). No entanto, ain-

da que a Política de Redução de Danos se constitua através do olhar individualizado a cada usuário, toda instituição se organiza por regras, rotinas e práticas que caracterizam sua proposta terapêutica. AFS, no momento da admissão no serviço, bem como ao longo das etapas do tratamento, se enquadrava em pouquíssimas situações. A dificuldade observada em aderir ao tratamento forçou a equipe a repensar as formas de abordagem convencionadas. A necessidade de transformação de atitude da equipe e dos modos de intervenção conseguiu acolher o usuário e construir o vínculo terapêutico necessário para favorecer o processo de mudança.

O aparecimento dos resultados se constituiu na modificação da aparência física de AFS, bem como na participação mais efetiva nas atividades terapêuticas, ainda que o déficit cognitivo prejudicasse o desempenho, também apresentando comportamento mais sociável e controle da agressividade. O usuário, co-autor de sua própria mudança, expôs seu discernimento quanto ao tratamento quando incorporou ao próprio discurso aspectos relacionados à percepção da mudança em curso: “Eu fico brabo por que fico com raiva, é uma raiva que vem dentro de minha cabeça toda, só que agora a raiva tá ficando em um pedaço de minha cabeça e não demora muito e ela vai embora, parece que um dia ela vai acabar de vez” (sic).

22

A CMC, dispositivo da rede do Programa + Vida, assumiu fundamental importância na medida em que funcionou

como espaço protegido, de assistência 24h, livre do uso da droga. Pela primeira vez, após um longo tempo de uso crônico da cola, AFS experienciou momentos sem o uso, revelando sentimentos paradoxais de contentamento pela situação abstinente e desprazer pela ausência da substância, sentimentos de alegria e revolta mesclavam-se no decorrer do tempo. Em princípios de uma experiência aparentemente pouco proveitosa, a pouca adaptação do usuário ao viver coletivo acabara por culminar em alta administrativa, quando AFS tentou agredir fisicamente um profissional da instituição. Em momento posterior, a CMC foi novamente utilizada como estratégia, dessa vez, apresentando o paciente uma aceitação completamente diferenciada do primeiro momento, também refletindo a resposta ao tratamento e indicando uma perspectiva positiva de auto-cuidado e ressocialização. A evolução do usuário permitiu a identificação com esse espaço, motivando AFS a solicitar albergamento para proteger-se do uso da cola durante o período do carnaval de 2008, isto é, um ano após a admissão no CAPSad, se observou os primeiros sinais de evolução substancial de AFS, representando para a equipe o momento de outros avanços.

Em vistas de garantir a integralidade da assistência, ações foram articuladas, conforme preconiza o Sistema Único de Saúde – SUS. Desse modo, uma vez minimizado o uso da substância, surgiu a necessidade de acompanhamento direcio-

nado ao seu distúrbio de comportamento, identificado durante o período de tratamento no CAPSad.

A identificação e tratamento da comorbidade concomitante à dependência representam pontos importantes na recuperação e obtenção de evolução mais segura. A integração entre serviços distintos que tratem da dependência comórbida, no âmbito de álcool e outras drogas e transtornos psiquiátricos, tem sido apontada como meio de sucesso. Isto é, o tratamento entre serviços especializados e integralizados em rede dos casos graves e com duplo diagnóstico deve ser considerado, o que representa romper preconceitos contra o dependente, contra o doente mental e contra a dificuldade da criação de unidades especializadas (SAIDE, 2007).

Em consequência dessa demanda, entraves da rede de assistência na experiência pernambucana são evidenciados: como e onde tratar os casos de comorbidade quando a sociedade segrega e discrimina o usuário de drogas? Tal demanda iniciou um processo único, culminando no encaminhamento de AFS para um CAPS de Transtorno Mental. Após discussão e mobilização das equipes envolvidas, AFS foi admitido para tratamento da sua comorbidade. O que pareceu simples e óbvio foi, na verdade, fruto da desconstrução de conceitos antigos e adoção de novas filosofias, abrindo caminhos de diálogos e intervenções que acabaram por beneficiar também outros usuários de ambas instituições envolvidas.

A necessidade de ações interinstitucionais trouxe para a equipe novo questionamento: até onde, enquanto rede de saúde, o nosso papel é realizado de modo eficaz e desburocratizado? Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, a saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades. Sob esta perspectiva, as articulações passaram a abranger também a rede de Assistência Social. Os esforços conjuntos levaram ao usuário adquirir documentos civis oficiais, papel crucial para o restabelecimento da cidadania e, através do BPC, o mesmo conseguiu recursos financeiros que lhe permitiram reorganizar-se economicamente, de maneira condizente com sua nova realidade.

Apontar o sucesso no tratamento desse usuário permite sinalizar alguns aspectos: ao longo dos anos a Rede de Assistência em Saúde em Pernambuco vem mudando o seu foco, propondo tratar os seus usuários de forma cada vez mais singular. Na prática, viabilizar um tratamento individualizado torna-se uma tarefa difícil pelos entraves burocráticos, choque de valores e formações profissionais e regras institucionais pouco flexíveis. No entanto, o estudo desse caso permite a verificação da possibilidade de ir ao encontro desses novos paradigmas, na medida em que reflete, também, a mudança de postura da Rede de Assistência em Saúde para garantir uma abordagem centrada no sujeito.

A dependência química e o crack: uma história de superação para além das adversidades

Ivana Magaly Lima A. Carvalheira
Marta de Souza Araújo
Patrícia Alves da Silva
Sueli Borges de Lima
Renata Barreto de Almeida

Resumo

Esse artigo tem por objetivo relatar a história do tratamento e reabilitação de um jovem dependente de crack com seus momentos de investimentos, dificuldades e superações. Revela particularidades da construção de um projeto terapêutico singular – PTS, a partir da compreensão dos marcos teóricos do acolhimento e da clínica ampliada. Chama atenção para a importância do vínculo e para o papel da família no tratamento do dependente químico. Ressalta pontos positivos e negativos na trajetória de superação para além das adversidades. Desse modo, acredita-se que esse relato será importante para a comunidade científica, pois consegue agrupar várias intervenções criativas e psicopedagógicas junto ao usuário e seus familiares.

Palavras-Chave: dependência, intervenções, reabilitação, tratamento.

Introdução

JNS, 19 (dezenove) anos, foi atendido no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad Estação Vicente Araújo, equipamento que pertence a rede de atenção aos usuários de álcool, fumo e outras drogas do município do Recife, estando vinculado ao Programa + Vida. Este Programa tem como missão, não só atender às necessidades dos usuários de drogas que precisam de um espaço de tratamento e reabilitação, como também dar ênfase à promoção e proteção específica à saúde, criando estratégias individuais e comunitárias de Redução de Danos – RD para a população. Assim, incorpora as ações e abordagens para o tratamento dos usuários de álcool, fumo e outras drogas, na perspectiva de minimizar os prejuízos à saúde sem necessariamente preconizar a abstinência como o único meio de se abordar a questão do uso de drogas.

26

Segundo o Ministério da Saúde – MS, a RD

(...) reconhece cada usuário em sua singularidade, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objeto a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a Redução de Danos se oferece como um método (no sentido de *methodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, o estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2004: 10).

A estratégia de RD surgiu como uma maneira de superar algumas intransigências presentes nas abordagens tradicionais ao fenômeno do consumo das drogas. Trata-se de uma abordagem firmemente comprometida com o respeito aos direitos humanos, o que inclui respeitar as decisões de cada um sobre o seu consumo de drogas, posto que, às vezes, as pessoas querem deixar o uso, mas não conseguem naquele momento, sendo preciso ajudá-las.

Segundo Marlatt (1999), a RD traz alguns princípios norteadores que nos ajudam a entender o fenômeno do consumo das drogas e como a RD pode ser aplicada nesse contexto. Dentre alguns desses princípios, encontramos a RD como uma alternativa de saúde pública para os modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência química. Esses modelos enfatizam ora a “guerra contra as drogas”, ora o tratamento do dependente com o único objetivo de chegar à abstinência. Encarando dessa forma, punimos ou excluímos todos os consumidores que não abandonam o uso de drogas em nossa sociedade. Nesses modelos, ainda vigentes em alguns países, não conseguimos enxergar cidadãos, mas sim criminosos ou doentes que precisam parar de usar drogas.

Outro princípio norteador afirma que a RD não é contrária à abstinência, mas aceita alternativas de intervenção que não exigem parar o uso de drogas. Assim, a RD surge como contraponto às políticas de “tolerância zero”, que não admitem o consumo de drogas sob quaisquer circunstâncias, nem fazem distinção entre

os tipos de usuários.

Também podemos apontar nos princípios o pragmatismo empático contrário ao idealismo moralista; ou seja, a RD aceita a realidade da vida e, como parte dela, a existência de drogas e comportamentos de risco.

Para Melcop (2002: 42), “os princípios que norteiam a abordagem da Redução de Danos têm por base o pragmatismo e o respeito aos direitos humanos. Entendendo que as pessoas continuarão usando drogas, porque não querem ou porque não conseguem parar, o objetivo da Redução de Danos é possibilitar que esse consumo ocasione o mínimo possível de danos à sociedade e aos cidadãos”.

A sociedade precisa compreender que, independente do consumo de qualquer substância psicoativa – SPA, o usuário é um ser humano responsável pelos seus atos e suas escolhas. Não é a população que vai escolher por ele. O Estado, neste contexto de preconceito e exclusão, precisa cuidar da saúde dessas pessoas, independente de ser ou não um usuário de drogas. A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, diz a Constituição Brasileira de 1988, e precisamos lutar por esse direito igualitário.

O MS ainda acrescenta que:

(...) a pessoa que faz uso de droga – lícita ou ilícita – é, antes e primeiramente, ser humano e cidadão e, dessa

forma, portador dos mesmos direitos de um cidadão que não usa drogas, uma vez reconhecido como cidadão, esta mesma sociedade, do ponto de vista ético e com base nos direitos por ela reconhecidos, deverá incluí-lo no conjunto de respostas sociais e de saúde que tenham por objetivo reduzir tanto o consumo quanto os danos sociais e de saúde decorrentes dos diferentes usos das diversas drogas (BRASIL, 2001: 16).

É pensando nessas respostas sociais e de saúde que surgem os CAPSad, assumindo um papel estratégico na rede comunitária de cuidados que faz o direcionamento local das políticas e programas de saúde mental nos municípios.

Assim, CAPSad Estação Vicente Araújo é composto por uma equipe interdisciplinar formada por médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, educador físico, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem e de farmácia, que se dividem em atividades terapêuticas, visando acolher e cuidar do usuário de drogas que chega à instituição, seja por demanda espontânea ou por encaminhamento institucional.

28 Este CAPSad funciona desde 2004, atendendo dependentes químicos de várias SPA. Na rotina desta instituição, até o ano de 2008, foi atendida uma média de 8,26% usuários dependentes de crack. Porém, em 2009, encontramos um dado diferente, pois o quantitativo de sujeitos dependentes de crack

e atendidos no serviço aumentou consideravelmente, passando a ser de 19,72%, mais do que o dobro de usuários atendidos no período anterior. (RECIFE, 2009)

Esse fenômeno encontra respaldo na literatura que revela o aumento significativo da presença do crack nas capitais e na zona rural brasileira nos últimos dez anos. Tuller, Rosa e Mengatti (2010), afirmam que o efeito rápido e a possibilidade de se obter uma forma cristalizada de cocaína de base livre em quantidades pequenas e baratas são fatores importantes que, nos últimos anos, geraram uma epidemia de uso de crack, com efeitos devastadores sobre a sociedade. Considera-se como aspecto relevante o fato de o usuário ter fácil acesso à droga: ou ele aprende a fabricá-la em casa ou a adquire com facilidade e de modo muito mais barato que outras drogas por meio do tráfico.

Alguns levantamentos epidemiológicos de âmbito nacional foram realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID. Os primeiros estudos começaram a ser publicados no final dos anos 90. Em 1999, o CEBRID realizou um levantamento domiciliar, abrangendo as 24 (vinte e quatro) maiores cidades paulistas. Nesse, foi constatado que o uso na vida (qualquer uso – inclusive um único uso experimental – alguma vez na vida) de cocaína foi de 2,1%, sendo maior na faixa etária entre 25 (vinte e cinco) e 34 (trinta e quatro) anos (4,0%). O uso de crack foi de 0,4% (GALDURÓZ et al, 1999).

Dois anos depois, o I levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil entrevistou pessoas de 107 (cento e sete) cidades, com mais de 200.000 habitantes. Nesse, verificou-se que o uso na vida de cocaína foi de 2,3%, sendo mais prevalente nas regiões Sul (3,6%) e Sudeste (2,6%), intermediário nas regiões Nordeste (1,4%) e Centro-Oeste (1,4%) e de menor prevalência na região Norte (0,8%). Mais uma vez, a faixa etária de maior uso encontrava-se entre os 25 (vinte e cinco) aos 34 (trinta e quatro) anos (4,4%), com predominância do sexo masculino (7,2%). O uso na vida de crack foi de 0,7% para o sexo masculino. A faixa etária de maior consumo para a substância foi igualmente jovem e masculina, com índice de 1,2% para homens entre 25 – 34 anos (CARLINI et al, 2001).

O V Levantamento Nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua, nas 27 (vinte e sete) capitais brasileiras, realizado pelo CEBRID em 2002, relata que o uso freqüente de crack (uso, em 06 – seis – ou mais vezes, nos últimos 30 – trinta – dias que antecederam a pesquisa) foi mencionado na maioria das capitais. Os maiores índices de uso recente ocorreram em São Paulo, Recife, Curitiba e Vitória, variando entre 15 e 26% (NOTO et al, 2003).

É claro o aumento significativo do uso de crack em nossa sociedade, tornando este consumo um problema de saúde pública. Os serviços especializados vêm conduzindo seus projetos terapêuticos de forma que também contemplem as vicissitudes

do consumo dessa substância. Assim, o sujeito que procura atendimento é acolhido por profissionais da área de saúde. A intervenção terapêutica no CAPSad segue o princípio do Acolhimento, como sendo uma atitude conceituada pela Política Nacional de Humanização – PNH. Trata-se de um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos, analisando as demandas e assumindo, no serviço, uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários e sua rede social (BRASIL, 2006).

Assim, quando o usuário chega à instituição, é acolhido por um profissional na triagem, momento em que serão colhidas informações sobre dados de identificação e a queixa principal, incluindo a história do consumo de SPA (os tipos, padrão de ingestão e motivos para o início). Essas informações nortearão a condução do caso, podendo ser o encaminhamento para a desintoxicação, em uma unidade hospitalar; para uma emergência psiquiátrica (quando o uso da SPA está associado ao transtorno mental primário); para participar do grupo acolhimento ou do grupo família; ou mesmo, para outros CAPSad do distrito ou cidade onde reside.

O encaminhamento ao Grupo Acolhimento caracteriza o início do tratamento na instituição, pois esse grupo é considerado como porta de entrada. Objetiva a construção do vín-

culo do usuário com a instituição, a partir do breve relato de sua história de vida; assim como visa fornecer orientações e reflexões sobre o funcionamento do tratamento e sobre o grau de envolvimento/disposição do sujeito com aquela proposta de vida. Durante essa atividade, também objetivamos o agendamento para início do tratamento nas modalidades indicadas para cada caso.

A participação no Grupo Família acontece pela compreensão de que todos os membros da família de um dependente químico demandam um apoio terapêutico para o enfrentamento da situação, pois estão vivendo uma situação de co-dependência. Desse modo, é essencial a existência de um espaço para tratamento da família. Além do mais, consideramos a família em sua conceituação mais ampla, isto é, podendo ser considerada família todos os entes que possuem representação afetiva na vida do sujeito (SCHENKER E MINAYO, 2003). Então, o Grupo família trata-se de uma das atividades fundamentais ao tratamento, cujo objetivo é trabalhar a relação familiar, a partir da interação do usuário com seu ente querido, e favorecer alguma compreensão sobre o fenômeno da dependência química para todos os envolvidos.

30

Seguindo o fluxo de inserção nas modalidades de tratamento no CAPSad, teremos o momento da admissão no tratamento coletivo, quando será realizada uma anamnese e pactuada as normas de convivência no *setting* terapêutico,

caracterizado pela instituição CAPSad. Na co-responsabilização com as normas de convivência, o usuário tem conhecimento sobre as condutas geradoras de desligamento do tratamento coletivo. De posse de mais informações sobre a história de vida do dependente químico, será possível construir junto com ele o seu Projeto Terapêutico Singular – PTS¹, ou seja, a proposta técnica que norteará as intervenções da equipe interdisciplinar, especialmente, as do Técnico de Referência – TR, junto àquele usuário.

A partir da compreensão desses conceitos e de suas aplicações na saúde pública, assim como do funcionamento e fluxo do tratamento no CAPSad Estação Vicente Araújo, poderemos compreender melhor o nosso objeto de estudo – o relato de caso de JNS, usuário de crack que muito nos fez aprender em sua trajetória dentro dessa instituição. A complexidade do caso possibilitou à equipe repensar suas práticas institucionais, bem como as peculiaridades dos usuários de crack junto a seu contexto social e familiar. Todos os dados apresentados foram colhidos do prontuário do usuário dentro da instituição e da percepção da equipe, principalmente, dos TR.

¹O PTS é um conjunto de propostas e metas de condutas terapêuticas, articuladas num plano psicossocial e não somente no plano biológico, para um sujeito individual ou coletivo, resultado de uma discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, inclusive com o sujeito em questão (CAMPOS, 2003).

Desenvolvimento

O caso a ser relatado iniciou-se antes do primeiro atendimento na triagem do usuário, quando a família compareceu à instituição em busca de orientações em relação à situação de vulnerabilidade social e familiar vivenciada pelo filho, agravada pelo uso de SPA (tabaco, maconha e crack). Nesse momento, a mesma foi atendida por um técnico que lhe informou sobre os encaminhamentos necessários a serem seguidos.

JNS foi atendido por demanda espontânea. Esteve no CAPSad Estação Vicente Araújo, no período de 03/03 a 22/09/2010. Veio acompanhado de seus pais, que lhe tiraram da situação de rua em que se encontrava em consequência dos conflitos vivenciados por causa da dependência química. Na triagem, foi constatado um grave comprometimento em relação ao uso do crack, o que levou ao imediato encaminhamento para o início do tratamento.

Durante a entrevista, foi percebido pelo técnico que o usuário estava orientado no tempo e no espaço, demonstrando desejo de realizar tratamento. Relatou sua situação sócio-familiar: solteiro; morando com os pais em uma casa de alvenaria, própria, de seis cômodos, com água encanada, energia elétrica e saneamento básico, localizada no município de Re-

cife; tendo concluído o ensino fundamental I; desenvolvendo atividade laboral em caráter informal em um “lava a jato”. Seu comportamento evidenciou uma carência no âmbito da educação doméstica, manifestando hostilidade no trato interpessoal, agressividade, impulsividade, baixo limiar a frustração, dificuldades em lidar com figuras de autoridade e com os limites, apesar de demonstrar ser também cativante, pueril, colaborador e receptivo.

Em relação a sua dependência química, relatou o início do consumo de tabaco aos 15 (quinze) anos, seguindo da maconha aos 16 (dezesesseis) e chegando ao crack aos 17 (dezesete). A experimentação ocorreu através da influência de amigos, levando-o a situações de risco social. JNS não conta com uma rede social de amigos, destacando os prejuízos causados, especificamente, pelo uso do crack, que fragilizou a convivência familiar, culminando com o abandono da casa dos pais. Nessa fase, envolveu-se em conflitos com a polícia, sendo encaminhado para uma unidade prisional, onde permaneceu por oito meses. Após esse período, retornou a residência dos pais.

No que diz respeito aos antecedentes hereditários, refere que sua genitora tem “problemas de nervos” (sic) e que não toma adequadamente suas medicações. Além desse quadro, faz uso abusivo de bebida alcoólica nos finais de semana. Quando está em crise, é encaminhada para algum hospital psiquiátrico.

Nos atendimentos clínicos e psiquiátricos, o usuário foi acompanhado mensalmente ou de acordo com sua necessidade. Clinicamente, foi avaliado e encaminhado para realização de exames, onde os resultados não evidenciaram nenhuma alteração. A médica clínica mantém o acompanhamento sistemático ao usuário até os dias atuais. No atendimento psiquiátrico, o usuário referiu sintomas de cansaço e pesadelos. Assim, o uso de psicotrópicos, como a amitriptilina e levopromazine, somados ao suporte vitamínico do complexo B, foram importante para o desenvolvimento do seu tratamento.

Durante seu tratamento, participou de forma ativa e impulsiva nos grupos terapêuticos, tecendo comentários construtivos, interagindo com os outros usuários, elaborando questões em relação aos temas trabalhados e esforçando-se a acompanhar as discussões realizadas. Participou de forma espontânea nas comissões de atividades, que são tarefas realizadas com vistas à limpeza e organização do espaço físico da casa, o *setting* terapêutico. Acredita-se que o cuidado com o setting terapêutico é uma ação estruturante para a reorganização psíquica, pois favorece a elevação da auto-estima e do sentimento de responsabilidade com o coletivo (RAMOS; BERTOLETE, 1997).

JNS apresentou, em vários momentos no decorrer do tratamento, um comportamento transgressor, infringindo

as regras de convivência da instituição. Essa dificuldade de lidar com regras e limites fez com que o usuário recebesse advertências e suspensão da participação das atividades coletivas. No entanto, todas as suas ações, com as devidas repercussões, foram refletidas em atendimento com sua TR, sensibilizando-o da importância do respeito, dos limites e das relações interpessoais. Após esses atendimentos, o retorno às atividades coletivas pôde ser feito com mais tranquilidade.

Em seu período de tratamento, o usuário foi acompanhado de forma sistemática, com atendimentos individuais e familiares. Através desses espaços, observaram-se os conflitos vivenciados pelo usuário em relação à convivência familiar. A dificuldade na relação com a genitora apareceu em seus relatos. Existe um desconforto por parte de JNS em relação ao consumo de álcool e tabaco feito pela genitora, principalmente, nos finais de semana. O relato do usuário foi reforçado pelo irmão e pelo pai nos atendimentos familiares. A genitora se defende ao afirmar que é forçada pelo esposo a beber com ele, mencionando que já sofreu agressões físicas em decorrência de conflitos conjugais e destacando que o usuário vivia num ambiente conturbado. A mesma confirmou que tem transtorno mental e que recebe um benefício por causa da doença. Atualmente, não está tomando a medicação psicotrópica, apesar da indicação médica.

O genitor teve participação decisiva no tratamento de JNS. Frequentou vários grupos e atendimentos familiares, onde contribuiu com falas pertinentes, demonstrando segurança e firmeza no modo de lidar com o filho. No entanto, o sentimento do usuário era de que o seu pai o tratava mal e não era afetuoso, desencadeando vários conflitos. “Papai nunca foi carinhoso e nem faz o que agente quer” (sic).

Diante desse contexto familiar vulnerável, e com situações de riscos constantes, a TR indicou a psicoterapia para o usuário e o encaminhou para uma clínica escola de psicologia, onde o mesmo realizou o acompanhamento durante 02 (dois) meses. Também foram realizadas intervenções com seus pais, visando favorecer o tratamento do usuário e o funcionamento familiar. Houve a tentativa de sensibilização da genitora a realizar um tratamento para o uso abusivo do álcool e para a continuação do seu tratamento psiquiátrico.

Perto a completar 03 (três) meses de tratamento, a TR do usuário afastou-se por complicações de saúde. Diante desse fato, o usuário demonstrou sensações de perda e abandono, que resultaram num processo de ansiedade. Esta mudança deixou o usuário irritado, houve aumento na ingestão etílica nas situações de conflitos interpessoais, demonstrando um processo de desconstrução/regressão em seu investimento e desempenho no tratamento.

Outro fato ocorrido para agravar os sentimentos de JNS foi que, poucos dias após ter iniciado acompanhamento com uma nova TR, a mesma entrou de férias por curto período. Esse fato reforçou os sentimentos de abandono e desamparo do usuário, contribuindo para sua piora nas relações interpessoais e com figuras de autoridade. Estava sem uma referência na instituição que pudesse intervir nos momentos de maiores conflitos. Nesse momento, por suas dificuldades, recebeu alta administrativa do tratamento coletivo, passando a ser atendido individualmente. Então, seu PTS foi redimensionado, incluindo os atendimentos individuais, familiar e participação no grupo família, o que contribuiu para a retomada de seu investimento no tratamento. Fato relevante foi que, apesar dos vários acontecimentos em sua vida e no CAPSad, o usuário compareceu a todos os atendimentos agendados, manteve-se abstinente do crack e da maconha, com aumento no consumo do álcool e do tabaco.

A participação do usuário e sua genitora no grupo família foram fundamentais para a retomada de seu investimento, pois a partir das reflexões tecidas nesse espaço foi possível uma aprendizagem acerca de como lidar com as situações de conflitos e resgatar as relações entre eles, de maneira que o clima familiar passou a ser mais harmonioso. De modo geral, a intervenção com os familiares visou reforçar a participação deles no tratamento do usuário, a permanência do mesmo no CAPSad e o cuidado necessário com eles mesmos.

Quando JNS retornou ao tratamento coletivo, coincidiu com o aumento da carga horária de trabalho no “lava a jato”, fato que desencadeou a necessidade de diminuir a frequência no CAPSad. A TR refletiu, junto com a equipe, sobre a demanda do usuário, mas o mesmo abandonou o tratamento devido a sua escolha pela atividade profissional. Em atendimento individual subsequente, tivemos a informação de que o usuário permanecia abstêmio, com as relações familiares mais fortalecidas, buscando retornar a escola e tentando reestabelecer sua vida afetiva, ao tentar lidar com sua impulsividade e com os limites que a vida lhe trazia.

Considerações finais

O estudo de um caso de dependência do crack nos impõe desafios e reconhecimentos, pois revela a história de vida de um sujeito e do trabalho da equipe de saúde, que se põem em condição de superação das adversidades. Elaboramos uma leitura clínica a partir da perspectiva fenomenológica existencial e da gestalt terapia. Avaliamos pontos positivos, tais como: a relevância da presença da família, o vínculo de confiança institucional via as TR, a busca precoce do usuário pelo tratamento e a consistência do trabalho em equipe interdisciplinar; e pontos negativos, como: a fragilidade de sua rede social, a precariedade do vínculo profissional e o potencial destrutivo do crack.

Quando JNS procurou o CAPSad, acompanhado por seus pais, fazia dois anos que havia iniciado o consumo do crack. Geralmente, os usuários de crack procuram o tratamento tardiamente, sendo um ponto negativo para alcançar o sucesso. Napo (2010: 28) afirma que “ele busca tratamento apenas quando teme morrer e não como outros grupos que temem contrair doenças. Quando chegam até um profissional, geralmente, já se afastaram da família, do emprego e perderam a dignidade. Os colegas vão morrendo ou são presos pelos furtos que praticam para manter o vício. Um dia ele percebe que o próximo será ele”.

Para a pesquisadora, outro aspecto que dificulta o processo são as infundáveis recaídas que os distancia da cura, mais do que entre dependentes de outros tipos de entorpecentes. No entanto, a história de JNS revela aspectos positivos nesse sentido, pois o usuário conseguiu chegar ao serviço com pouco tempo de uso do crack e não recaiu enquanto estava em tratamento.

A participação da família desde o primeiro momento de contato com o CAPSad foi essencial. Trouxe as condições necessárias para a equipe se apropriar de fatos sobre a história e o jeito de ser de JNS. Esse envolvimento familiar favoreceu a construção do PTS do usuário e possibilitou intervenções que precisavam alcançar a carência dele no trato interpessoal. Percebia-se que, devido às fragilidades psíquicas e emocionais dos genitores, a dimensão afetiva na subjetividade de JNS mostrava-se também frágil, não suportava as frustrações, o limite era sentido como desorganizador, dando vazão a agressividade, impulsividade e intolerância. No entanto, este usuário também conseguia ser receptivo às intervenções, percebíamos um movimento acolhedor e pueril naquele comportamento.

Com o apoio nas discussões em equipe, fruto do trabalho interdisciplinar, a TR construiu suas intervenções e as respaldou enquanto técnica em sua concepção grega original, *techné*, concebida como arte, habilidade e artesanato; aquela

que inclui a dimensão do novo, do criativo e do inesperado da ação (CARVALHEIRA, 2003).

A TR foi, então, acolhedora, consistente, diretiva e inovadora em suas pontuações. Assumindo, às vezes, o papel de educadora. Trabalhou a impulsividade de modo a canalizá-la ao movimento de liderança. Buscou também suscitar reflexões que ecoaram de modo positivo no comportamento do usuário ao longo dos meses, possibilitando a JNS uma aprendizagem significativa para o enfrentamento de suas dificuldades, por exemplo, com os limites e aceitação das normas de convivência. Schmidt (1999: 93) afirma que “(...) a aprendizagem significativa é fruto da experiência sentida, inclui as noções de intersubjetividade, experiência e criatividade, integra aspectos cognitivos e afetivos, uma “verdadeira” aprendizagem. Indica um processo de aprendizagem no qual, de fato, o sujeito se implicou”.

O encaminhamento para psicoterapia também se constituiu como um excelente espaço para aprendizagem e ressignificação do seu modo de ser na relação familiar e social, favorecendo a sua condição de enfrentamento e a sua capacidade de tolerância. Para Rogers (1977: 258), “(...) a aprendizagem significativa é facilitada na psicoterapia e ocorre na relação terapêutica, promovendo experiências profundas e não cumulativas que ensejam mudanças” (apud SCHMIDT, 1999: 94).

Outro aspecto interessante a ser analisado é a qualidade do vínculo estabelecido com a instituição. JNS conseguiu desenvolver uma relação de confiança desde o momento do grupo acolhimento, quando pôde falar espontaneamente sobre sua história de vida. Para Souza, Kantorski, Mielke (2006), a Teoria do Vínculo considera o indivíduo como resultante do interjogo entre indivíduo, objetos internos e externos em constante interação dialética. O vínculo é uma relação particular, estabelecida entre o sujeito e um objeto que, dependendo do modo como vai se estabelecendo, favorecerá ou não o envolvimento com a tarefa em questão. Percebemos, assim, o quanto a qualidade do vínculo construído entre JNS, o CAPSad, a sua TR e a família foi consistente, influenciando de modo positivo a sua adesão ao tratamento.

Olhando para os nós críticos durante o acompanhamento de JNS, identificamos a fragilidade de sua rede social, a precariedade do seu vínculo profissional e o potencial destrutivo do crack. Chamamos de rede social, o conjunto de amigos e locais para a prática do lazer, uma vez que o conjunto de vários vínculos significativos culmina na formação de uma rede que, através de seus diversos membros e respectivos vínculos, fazem intersecção com outras redes, influenciando-as e sofrendo influência delas. Fato que, na vida de JNS, sempre foi algo conturbado, pois seus amigos tinham envolvimento com o consumo de drogas ilícitas, sendo esse comportamento a identidade do grupo.

A informalidade do vínculo empregatício trouxe para JNS alguns prejuízos: o não direito em receber o auxílio-doença e a instabilidade quanto à existência de sua vaga de trabalho após o tratamento. Essas duas questões mobilizaram o usuário na direção de antecipar a sua alta do CAPSad, fato que pode ter repercussões em sua vida.

Olhar para a trajetória de tratamento da dependência do crack de um jovem nos desaloja, mas nesse momento de conclusão, somos invadidos pelo sentimento de objetivo cumprido, a partir da compreensão da RD, onde o sujeito é o maior protagonista de sua história, pois JNS pôde responsabilizar-se por suas escolhas com ganhos e perdas, ressignificando aquilo que foi possível, no momento.

Perfil psicossocial do dependente de crack no CAPSad Estação Vicente Araújo

Dalvanira Tavares de Souza
Ivana Magaly Lima A. Carvalheira
Magda da Silva Figueiroa
Maria Ângela Bezerra Augusto de Lima
Maria Edilene Souza Pereira
Maria José de Moura

Resumo

Esse artigo tem por objetivo relatar o perfil do usuário de crack que buscou tratamento no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad Estação Vicente Araújo, no período de junho de 2009 a junho 2010. Foram pesquisados 170 prontuários, sendo preenchida uma ficha com dados psicossociais de cada um, que foram tabulados em características comuns. O consumo crescente de drogas psicoativas constitui, no mundo e no Brasil, um grave problema que atinge vários segmentos da sociedade, solicitando das políticas públicas a integralidade das ações para o enfrentamento desse problema. Pesquisas anteriores sobre o perfil do usuário de crack revelam que este é geralmente jovem, do sexo masculino, com baixa escolaridade e fragilidades no vínculo familiar. Encontramos achados semelhantes nesta pesquisa, indicado a necessidade de se refletir sobre abordagens terapêuticas que possam ser aplicadas em várias regiões do país, onde o perfil se mostra coincidente. Desse modo, acredita-se que este estudo será importante para a comunidade científica, pois identifica características comuns aos usuários que buscam tratamento nos CAPSad.

38

Palavras-chave: Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas, crack, perfil, substâncias psicoativas, transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

Introdução

O consumo crescente de substâncias psicoativas – SPA constitui, no mundo e no Brasil, um grave problema que atinge vários segmentos da sociedade, solicitando das políticas públicas a integralidade das ações para o enfrentamento desse problema.

No Brasil, o 1º Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, realizadas pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas – CEBRID, em 2001, com pessoas entre 12 (doze) e 65 (sessenta e cinco) anos, revelou que 68,4% das pessoas pesquisadas fizeram uso de bebidas alcoólicas pelo menos uma vez na vida, e constatou que 11,2% dessa população era dependente. A faixa etária que apresentou maior risco variou entre 25 (vinte e cinco) e 34 (trinta e quatro) anos, e a maior estimativa de dependentes, no Brasil, foi verificada na região Nordeste, 16,9%. Já em relação ao tabaco, observou-se que 37,4% dos pesquisados apontaram para o uso ao menos uma vez na vida, apresentando 8,3% de dependentes (CARLINI et al, 2002).

No Nordeste, quase um terço da população pesquisada já fez uso de alguma droga ilícita. O uso de maconha foi expresso por 11,2% dos entrevistados. Os solventes tiveram o maior índice de uso na vida (19,7%), quando comparado a todo o país (idem).

A literatura aponta que o primeiro contato com a droga, geralmente, ocorre na adolescência, uma vez que esse é um período marcado por muitas e profundas mudanças, tanto físicas quanto psíquicas, que tornam o adolescente mais vulnerável (PRATTA; SANTOS, 2006).

Com relação ao crack, percebe-se o crescente aumento no consumo, salientado a rapidez e severidade desta dependência. Em 1995, a maioria dos pacientes atendidos em clínicas

de tratamento usava cocaína na forma de crack (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRAS, 2004). Tal realidade vem solicitar a produção de conhecimento específico sobre o perfil e as características desses usuários. Assim, embora se saiba que informações relacionadas ao consumo de cocaína e crack no Brasil ainda são incipientes, já temos à disposição da comunidade científica um conjunto teórico relevante, que pode ser utilizado visando à atualização das atuais políticas públicas referentes a este tema (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRAS, 2008).

Esse artigo surge a partir do reconhecimento da necessidade de alargar o conjunto de informações acerca desses usuários, tendo como objetivo descrever o levantamento e a análise das informações psicossociais referentes aos sujeitos que iniciaram o uso de crack e procuraram, para tratamento voluntário, o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad Estação Vicente Araújo, no período de junho/2009 a junho/2010.

Para tanto, realizou-se uma coleta de dados nos prontuários dos usuários que buscaram o CAPSad, no período de junho de 2009 a junho 2010, sendo selecionados os usuários de crack, perfazendo uma amostra de 170 (cento e setenta) prontuários. Os prontuários de usuários de outras SPA foram desprezados. Em seguida, foram aplicados questionários estruturados com questões fechadas para coletar dados nos prontuários. Estes foram consolidados e comparados com os dados já citados em bibliografia existente².

Trata-se de um estudo, a partir da leitura dos prontuários, retrospectivo, quantitativo e com leitura qualitativa dos dados, que segundo Critelli (1996), requer um envolvimento do pesquisador no sentido de contextualizar os dados colhidos. Salientamos que o CAPSad é uma estratégia para o enfrentamento do problema da droga crack no território, tanto na promoção e prevenção, como na reabilitação e reinserção social.

A escolha pelo tema se deu a partir da necessidade da equipe se apropriar melhor do jeito de ser do dependente do crack. Desse modo, construímos a problematização do tema: quem é o dependente de crack atendido nesse serviço? Quais aspectos se fazem interessantes conhecer para compreender o perfil psicossocial e epidemiológico desse sujeito?

Uma breve historia do modelo de assistência aos usuários de drogas

O movimento de reforma psiquiátrica italiana foi embasada nas idéias de Franco Basaglia. Segundo o mesmo, a psiquiatria sempre colocou o homem entre parênteses e se preocupou com a doença. Entretanto, na década de 60, na cidade de Trieste (Itália),

²Consultada em bancos de dados, tais como: Bireme, Lilacs, Scielo, além de revistas científicas e livros sobre a questão da dependência química de cocaína-crack e políticas de atendimento.

foi desencadeada uma crise institucional, que promovia a gestão psiquiátrica para fora dos muros da instituição (AMARANTE, 1995).

Atualmente, mesmo com todas as dificuldades e carências, a política de saúde mental brasileira tem diretrizes flagrantemente basaglianas. O Ministério da Saúde – MS apresenta quatro eixos principais, que são: a) garantia de direitos civis para pacientes com transtornos mentais; b) superação do hospital psiquiátrico como unidade central de tratamento para pessoas com transtornos mentais; c) reestruturação do sistema de assistência psiquiátrica para reduzir a exclusão social de pacientes mentais; e d) construção de uma rede diversificada de serviços para garantir acesso, eficácia e eficiência no tratamento (RABELO, 2006).

A Constituição Brasileira de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde – SUS, regulamentado pela lei 8080/90, no intuito de garantir o acesso universal e uma atenção integral e equânime à saúde, consistindo na consolidação de uma rede de cuidados que funcione de forma regionalizada, hierarquizada e integrada. Estes princípios passaram a reforçar o movimento de reforma psiquiátrica e embasar o que foi preconizado na construção da rede de cuidados hierarquizada e articulada para a atenção a saúde mental. Em 2002, a portaria nº 336/GM/2002, regulamentou os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, que são serviços que prestam atendimento em regime de atenção diária. Estes visam gerenciar os projetos terapêuticos singulares – PTS, oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado, e promover a inserção social dos usuários

através de ações intersetoriais. Os CAPSad são responsáveis pelas ações de prevenção voltadas para o uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas, podendo estas serem definidas como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de risco específicos e fortalecimento dos fatores de proteção (BRASIL, 2004).

No segundo semestre de 2003, a Secretaria de Saúde da Prefeitura do Recife – SES/PCR implementou a Política de Atenção ao Usuário de Álcool, Fumo e outras Drogas, denominada de Programa + Vida – Redução de Danos no consumo de álcool, fumo e outras drogas. Tal Política tem como objetivo implantar uma rede descentralizada e hierarquizada, de serviços e cuidados em saúde, que visem à promoção, proteção específica, tratamento e reabilitação para pessoas que usam, abusam ou são dependentes de álcool e outras drogas. Este Programa visa ter postura de enfrentamento diante dos índices dos agravos de saúde, de violência e acidentes, além de prejuízos sociais, provocados pelo uso/abuso de drogas na cidade de Recife. Os CAPSad estão postos como uma das estratégias de ação frente ao problema (RECIFE, 2007).

O CAPSad Estação Vicente Araújo faz parte desta rede de assistência. Localizado no Distrito Sanitário II da cidade do Recife, atende pessoas com problemas gerados pelo consumo de álcool e outras drogas, do sexo masculino, maiores de 18 (dezoito) anos. Seu horário de funcionamento é diurno, e oferece atendimento segundo a supracitada portaria.

A Droga Crack

O crack surgiu em meados da década de 80, nos bairros pobres de Los Angeles, Nova York e Miami, que eram habitados, principalmente, por negros ou hispânicos e acometidos por altos índices de desemprego. Era obtido de um modo simples e passível de fabricação caseira e utilizado em grupo, dentro de casas com graus variados de abandono e precariedade (*crack houses*). Os cristais eram fumados em cachimbos e estralavam (*cracking*) quando expostos ao fogo, característica que lhes conferiu o nome. A utilização produzia uma euforia de grande magnitude e de curta duração, seguida de intensa fissura e desejo de repetir a dose. O perfil inicial desses consumidores, eminentemente jovem, era o seguinte: usuários de cocaína refinada, atraídos inicialmente pelo baixo preço do crack; usuários de maconha e poliusuários, que adicionaram o crack ao seu padrão de consumo; e aqueles que adotaram o crack como sua primeira substância. Juntaram-se a essa população, usuários endovenosos de cocaína, geralmente mais velhos, que após o advento da Aids, optaram pelo crack em busca de vias de administração mais seguras, sem prejuízo na intensidade dos efeitos. O baixo preço da substância também atraiu novos consumidores de estratos sociais mais baixos, que pagavam por dose consumida e, por isso, faziam inúmeras transações. No entanto, sua pureza, algumas vezes inferior, a curta duração dos efeitos e a compulsão por novas doses, por

vezes, produziam um gasto mensal superior ao efetuado com a cocaína refinada (RIBEIRO, 2010).

Em estudos anteriores realizados com usuários de crack em São Paulo, percebeu-se que, em sua maioria, o crack não se apresenta como a droga inicial na vida dos sujeitos. A seqüência das drogas não é determinada pela preferência de uma ou outra droga. Um comportamento similar é observado entre aqueles usuários que buscam novas sensações e novos desafios, incluindo um risco aumentado no uso da droga. Assim, percebem a maconha como uma droga “livre de problemas” e procuraram por outras drogas que fornecem novas sensações e que geram mais riscos. Conseqüentemente, acredita-se que a identificação de uma seqüência de drogas pode ser uma ferramenta na tentativa de parar a exposição crescente dos usuários aos riscos da progressão (SANCHEZ; NAPPO, 2010).

Conforme Nappo et al *apud* Oliveira e Nappo (2008), o perfil identificado do usuário de crack foi como homem, jovem, de baixa escolaridade e sem vínculos empregatícios formais. Em função dos efeitos do crack, era raro que os usuários consumissem-no uma única vez, prolongando o uso até que se esgotasse física, psíquica ou financeiramente. Além disso, o pensamento dos usuários foca-se no consumo de crack de forma que sono, alimentação, afeto, senso de responsabilidade e sobrevivência perdem o significado. Observou-se que,

em função da sensação de urgência pela droga e na falta de condições financeiras, o usuário via-se forçado a participar de atividades ilícitas (tráfico, roubos e assaltos). Consideradas em conjunto, tais atitudes têm interferido negativamente sobre a saúde e funcionamento social do usuário de crack, de forma a marginalizá-lo, tanto no contexto micro (como nas redes de uso) quanto macrossocial (comunidades e sistemas de serviço).

Local de Estudo

A cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco, possui uma extensão territorial de 209 km² e uma população de 1.501.010 habitantes (IBGE, 2010). Em relação ao perfil epidemiológico desta cidade, não se percebe diferença, se comparado ao de outras metrópoles do Nordeste brasileiro, pois no quadro de saúde-doença da população coexistem agravos relacionados à violência urbana, doenças crônicas não transmissíveis e doenças relacionadas ao subdesenvolvimento e à pobreza como as diarreias infantis, a tuberculose e a hanseníase.

O território do Recife é subdividido, desde 1998, em 94 bairros, mediante o Decreto Nº 452/88. Para efeito de planejamento e gestão, o município também é dividido, espa-

cialmente, em 06 (seis) Regiões Político-Administrativas – RPA. Para a gestão da saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (RECIFE, 2005).

O Distrito Sanitário II possui uma população de 223.878 habitantes, distribuídos em 52.383 domicílios. Apresenta vários contrastes sócio-econômicos, epidemiológicos e sanitários. Na atenção à saúde, possui uma rede com 38 (trinta e oito) equipes do Saúde da Família, uma policlínica com Serviço de Pronto Atendimento, Unidades Básicas em Saúde, 01 (um) CAPS Transtorno, 01 (um) CAPS infantil, 01 (um) CAPSad e 01 (um) Centro de Referência para Mulheres (idem).

O CAPad Estação Vicente Araújo funciona, desde 2004, atendendo dependentes químicos de várias SPA, do sexo masculino. Na rotina desta instituição, até o ano de 2008, foi atendida uma média anual de 8,26% usuários dependentes de crack. Porém, em 2009, encontramos um dado diferente, pois o quantitativo de sujeitos dependentes de crack e atendidos no serviço aumentou consideravelmente, passando a ser de 19,72%, mais do que o dobro de usuários atendidos no período anterior (RECIFE, 2009).

Resultados

A construção do perfil psicossocial do dependente químico de crack do CAPSad Estação Vicente Araújo diz respeito aos usuários do serviço, do sexo masculino, que procuraram atendimento na instituição no período de junho de 2009 a junho de 2010, perfazendo um total de 170 (cento e setenta) prontuários. É importante destacar que foram consultados todos os prontuários dos usuários que procuraram a instituição no período, porém, separamos para o estudo só os que apresentavam o crack entre as drogas de consumo.

Iniciamos a análise dos dados colhidos enfatizando que não foi encontrado nenhum dependente químico que tivesse como substância de consumo apenas o crack. Em sua totalidade, 100% apresentaram consumo de múltiplas SPA, tais como o álcool, a maconha e o tabaco. Entre estas drogas, as de maior consumo são a maconha (80,59%), o tabaco (61,6%) e o álcool (45,8%). Este fato que vem confirmar estudos já realizados, que citam o dependente de crack como “poliusuários ou com antecedente de consumo de outras substâncias. O início do uso se dá com drogas lícitas (tabaco e álcool), geralmente em idade precoce e de modo pesado. A maconha costuma ser a primeira droga ilícita” (DUAILIBI, 2008: 86).

Outro aspecto a ser salientado é com relação à faixa etária dos usuários do serviço analisados na amostra. Foi observado que 58,24% se enquadravam na faixa etária de 26 (vinte e seis) a 35 (trinta e cinco) anos sendo, portanto, o grupo de maior representatividade, seguido pelos que estavam entre 19 (dezenove) a 25 (vinte e cinco) anos, com um total de 28,4%. Os demais grupos etários somaram 13,53%. É possível perceber que as duas faixas etárias predominantes totalizaram 147 (cento e quarenta e sete) usuários, com uma representatividade de mais de 86% da amostra estudada, dados que confirmam os levantamentos epidemiológicos de âmbito nacional que foram realizados pelo CEBRID, que evidenciou que “a faixa etária de maior uso encontrava-se entre os de 25 aos 34 anos (4,4%), com predominância do sexo masculino” (DUAILIBI, 2008: 87).

No levantamento, identificamos que o dependente químico de crack apresenta baixa escolaridade. Do total pesquisado, 22,94% apresentavam escolaridade entre o 1º e o 5º ano do ensino fundamental, e 14,71% cursaram entre o 6º e o 9º ano do ensino fundamental. Mais da metade, 52,94%, encontra-se em condição de desemprego. Estes aspectos já foram salientados na primeira investigação sobre o consumo de crack no Brasil, que cita que “os mesmos possuíam o seguinte perfil: homens, menores de 30 anos, desempregados e com baixa escolaridade e poder aquisitivo, provenientes de famílias desestruturadas” (DUAILIBI, 2008: 88).

Quanto ao aspecto da cor/raça, identificamos que do total de 170 (cento e setenta) usuários, 31 (trinta e um) se declararam brancos, o que representa 18,24% do total da amostra. Os que se declaram pardos e pretos representam 52,94% e 12,94%, respectivamente. 15,88% não declararam sua cor. Dentre aqueles pacientes que declararam a cor (84,12%), 78,32% eram pardos ou pretos, já os brancos, eram 21,68%. Desse modo, percebemos o quanto a prevalência do uso de crack é maior na população de cor parda ou preta, acentuando a condição de exclusão muitas vezes presente.

Outro aspecto que nos chamou atenção foi o modo como o usuário chegou até o serviço, uma vez que 63,5% foi por demanda espontânea³. Dos usuários que procuraram o tratamento, podemos afirmar que 60,5% participaram do grupo acolhimento (grupo que recebe o usuário ao chegar ao serviço pela primeira vez), no entanto, ao verificar o grau de adesão ao tratamento, foi comprovado que apenas 45,2% se vinculou a alguma modalidade de tratamento. Esse aspecto ressalta a baixa motivação do usuário para desenvolver o autocuidado/tratamento.

Outros aspectos a considerar são o grau de adesão da família ao tratamento e a condição de moradia dos usuários. Foi percebido que há uma participação menor do que 30% nos grupos família e de 25% no atendimento individual em con-

junto com o técnico de referência – TR. Com relação à condição de moradia, destaca-se a situação de convívio com a mãe biológica.

Considerações finais e recomendações

Diante dos achados, consideramos relevante que estes sejam norteadores para as políticas e práticas destinadas a esta população, fortalecendo aspectos preservados e atingindo vulnerabilidades identificadas como comuns. É preciso compreender que o consumo desta droga é relativamente recente e tem colocado a sociedade diante de problemas e agravos que estão gerando impactos importantes em seu cotidiano.

Não foram pesquisados possíveis dados referentes à saúde clínica e neuropsiquiátrica destes usuários, o que poderia ser sugerido para pesquisas posteriores, pois reconhecemos que podem ajudar a reconhecer as alterações mais comuns, assim como a etiologia neuropsiquiátrica e, principalmente, terapêuticas mais eficazes. Também não nos preocupamos com o recorte de gênero, já que nosso perfil de atendimento é do sexo

³Compreendemos demanda espontânea como sendo o usuário que chega ao serviço sozinho ou acompanhado por um familiar ou amigo.

masculino.

Com relação às vulnerabilidades percebidas nos achados, salientamos que algumas iniciativas terapêuticas, articulações intersetoriais e propostas de inclusão social devem ser dirigidas a esta população. Salientamos que a população estudada buscou espontaneamente o tratamento, demonstrando estado de agravos e sofrimentos decorrentes deste consumo em detrimento ao seu efeito prazeroso e excitante. Assim, é necessário que o serviço de atendimento se apresente acolhedor e resolutivo no momento de solicitação de ajuda.

O dado da baixa escolaridade nos usuários associa-se às dificuldades de reinserção social e de profissionalização, mantendo-se as carências sócio-econômicas. Diante disso, o CAPSad Estação Vicente Araújo tomou a iniciativa de realizar um articulação com a Secretaria de Educação da Prefeitura do Recife, desenvolvendo o Programa LIÇÃO DE VIDA. Este se propõe a trabalhar a escolarização de adultos, com o fim de inserção na vida escolar. O LIÇÃO DE VIDA já funciona no CAPSad pelo segundo ano, trazendo respostas positivas dos usuários que sentiam dificuldades em iniciar ou voltar a estudar no ensino regular. Esta articulação, além de promover espaço de reinserção social, tem se revelado terapêutica, pois se percebe melhora na auto-estima e projetos de vida dos usuários envolvidos, além de fortalecer estratégias de prevenção a recaídas.

Tecendo compreensão sobre a baixa adesão da família

ao tratamento, levantamos algumas hipóteses a partir de uma leitura psicodinâmica. Consideramos que, quando o estilo de vida do usuário é muito destoante do estilo de vida em família, percebe-se claramente que o convívio cotidiano vai se tornando difícil e os familiares tendem a se afastar do local de tratamento, por mais harmonioso e acolhedor que este possa ser. Trata-se de uma reação defensiva frente a situações de extremo sofrimento. Tal fato os “impõe” como reflexão a seguinte questão: “Será que posso deixá-lo aqui em tratamento e cuidar das minhas coisas?” Essa inquietação aparenta revelar-se como pertinente, frente à baixa frequência dos familiares dos usuários nas atividades do CAPSad, além de confirmar a intensa fragilidade dos vínculos familiares.

Percebemos ainda que, em muitas vezes, o desejo da família de que o usuário comece um tratamento é bem maior do que o do próprio usuário, devido à situação de sofrimento em que se encontram. Porém, quando avaliamos os dados sobre a participação da família no tratamento, especialmente no que se refere à participação no grupo família e no atendimento individual, mesmo que o convite seja feito por escrito ou verbalmente, constatamos que a frequência dos familiares é muito baixa, deduzindo-se que tanto o usuário quanto o familiar se mostram fragilizados para compreender que o processo de tratamento é lento e contínuo. Ambos repetem a mesma história de falta de motivação para resolutividade da problemática.

Concluimos, então, que se faz necessário perceber as características psicossociais dos usuários dos serviços de saúde, para se considerar suas singularidades no processo de tratamento; assim como, na elaboração de políticas de promoção de saúde, assistência, reabilitação e reinserção voltadas para as vulnerabilidades, agravos e necessidades destes e de seus familiares no seu contexto social.

O cuidado voltado aos usuários de álcool e outras drogas no CAPSad Eulâmpio Cordeiro: um olhar centrado no sujeito, na formulação da política e no empoderamento da clínica

Ana Lúcia Pottes Vasconcelos
Sílvia de Oliveira Luna
Selene Cordeiro Vasconcelos
Leonardo Wanderley Delgado
Maria Suzy Feitosa da Silva
Ana Maria Lopes de Valois
João Marcelo Costa Ferreira
Maria da Conceição de Melo Vasconcelos
Vaneschka de Almeida Cipriano
Cláudia Alves da Cunha
Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque

Resumo

O presente artigo propõe uma reflexão centrada na clínica do sujeito, como importante elemento norteador aos cuidados destinados aos usuários de álcool e outras drogas, contribuindo com esta discussão, através de recortes da prática clínica realizada no Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas – CAPSad Eulâmpio Cordeiro. Para tal, resgata a história da construção deste CAPSad, atualizando seu caráter clínico-político junto a proposta de modelo substitutivo defendida na atual política brasileira de álcool e outras drogas.

Palavras-chaves: álcool e outras drogas, clínica do sujeito, modelo de atenção, redução de danos.

Historiando sobre o Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana

Mediando padrões de relacionamento em diversas esferas da sociedade – não apenas na rede pública de saúde, mais nos vários contextos sociais –, o uso de álcool e outras drogas apresentam-se como fenômeno presente em nosso cotidiano, tornando-se urgente a necessidade de entender as questões que permeiam o uso e os problemas decorrentes num “novo contexto”⁴ – no cenário mais amplo da saúde mental (BUCHER, 1992).

Atualmente, ao inserir no elenco das suas discussões a questão do usuário de drogas, a saúde mental vem mudando o cenário dos estudos sobre a dependência química. Há muito

pouco tempo, os usuários de drogas eram submetidos a tratamentos psiquiátricos, através de práticas cristalizadas no modelo asilar e totalitário (FOUCAULT, 1978).

O uso de álcool e outras drogas apresenta-se como um fenômeno próprio do nosso cotidiano, mediando padrões de relacionamento em diversas esferas da sociedade (BUCHER, 1992). Assim, torna-se urgente a necessidade de se entender as questões que permeiam esse uso e os problemas que lhe são decorrentes em um “novo contexto” no cenário da saúde mental.

A questão do uso de drogas e seus problemas não estavam claramente identificados e reconhecidos como uma questão de saúde pública, estavam em muitos momentos nas mãos dos grupos de ajuda mútua, como por exemplo: os Alcoólicos Anônimos – AA, os Narcóticos Anônimos – NA, entre

50

⁴Consideramos um “novo contexto” devido ao fato de ser muito recente a assunção da problemática das drogas no âmbito da saúde mental. Antes essa era uma questão apenas de polícia e segurança nacional. Apenas na IIIª Conferência de Saúde Mental, essa questão foi trazida como uma preocupação a ser considerada pelos trabalhadores da Saúde Mental.

outros⁵; nos espaços fechados de comunidades terapêuticas, através de atendimentos ambulatoriais e na forma de interações psiquiátricas.

Um ponto bastante comentado na bibliografia existente refere-se às mudanças introduzidas nos modelos de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Até a década de 80, o enfoque de saúde esteve voltado ao hospitalocentrismo, na discriminação desse usuário com base em atitudes carregadas de preconceito, exclusão social e baixa visão de apoio em rede social. Fora da rede pública de saúde, as referências eram as clínicas particulares e os grupos voluntários – trabalhando dentro da mesma perspectiva –, que deram base para as comunidades terapêuticas e de auto-ajuda.

Em meados dessa década, percebem-se mudanças de pensamento, de enfoque e de visão de sujeito e mundo, não apenas a partir dos trabalhadores de saúde mental, mas também nos centros universitários e acadêmicos, aumentando os estudos sobre a temática, discutindo-se mais abertamente a área de álcool e outras drogas sobre os preconceitos existentes e promovendo o início de uma revolução na compreensão do processo saúde-doença do usuário de drogas.

⁵O Encontramos que “[...] no âmbito religioso surgiram algumas experiências como o Desafio Jovem, Sarah Vida e Fazenda Esperança. Também alguns que necessariamente não são religiosos, mas trabalham na perspectiva de abordagem através do testemunho e do exemplo de vida, como é o caso dos Alcoólicos Anônimos – AA e dos Narcóticos Anônimos – NA” (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008: 12).

Em diferentes estados – Bahia, Minas Gerais, São Paulo – ligados a academia, surgem centros de estudos e de tratamento para usuários de álcool e outras drogas, sendo locais nos quais havia como premissa tratar o problema na busca de uma atenção integral ao usuário de drogas. Em Pernambuco, mais precisamente em Recife, viu-se que

[...] em 1985 a Comissão Estadual de Entorpecentes reuniu várias instituições (Secretarias de Saúde, Secretaria de Educação, Secretaria de Justiça, Secretaria de Segurança Pública, Fundação Joaquim Nabuco de Pesquisas Sociais e a Universidade Federal de Pernambuco), que tinham interesse em discutir a questão AD (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008: 18).

Por vezes, o trabalho era conduzido em algumas delegacias, sob o apoio de uma equipe de psicólogos e assistentes sociais, que promoviam uma visão diferente do problema. Era uma parceria entre a Justiça, Saúde e Ação Social, trazendo uma perspectiva diferenciada do processo saúde-doença.

Tem início, em Recife, o Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana – CECRH, em 1986, a partir do Projeto de Prevenção e Terapêutica das Dependências de Drogas, da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, trazendo como arcabouço teórico a leitura e a visão psicanalítica sobre o uso de drogas (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008). O CECRH

contou com a participação do psiquiatra e psicanalista Dr. José Carlos de Escobar na elaboração de seu projeto institucional e propunha-se um atendimento integral – individual, grupal e familiar –, com uma equipe formada por psicólogos, assistentes sociais, pedagogos, professores de educação física, médicos clínicos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais, atuando nos três níveis de atenção: prevenção, promoção e pesquisa.

A origem do nome – Eulâmpio Cordeiro – veio de uma indicação feita pelo então Secretário de Saúde Dr. Antônio Wanderley de Siqueira, por sua valiosa contribuição para a saúde pública. Eulâmpio Cordeiro foi Médico Sanitarista, Diretor de Departamento de Saúde Pública da extinta Fundação de Saúde Amaury de Medeiros – FUSAM, e faleceu em 1972, por problemas cardíacos.

Com ênfase na comunidade e no potencial de mudança, assentando-se em uma filosofia humanística, a equipe do CECRH também construiu o seu fórum de debate, as reuniões de equipe, que contava com todos os profissionais para discussão da funcionalidade da unidade e também dos casos, onde a partir da escuta dos profissionais envolvidos, eram dadas as diretrizes. Em seu desenho organizacional, o CECRH logo se tornou um espaço agregador e formador de conhecimento através das ofertas de estágio profissional.

O modelo francês de assistência à saúde do dependente químico era a referência principal. A leitura sobre o fenômeno do uso de drogas proposta por Claude Olivestein era a base norteadora das intervenções, especialmente, após o mesmo ter vindo ao Recife e ter conhecido o CECRH, no ano de 1987.

Em 1991, outro movimento articulado pelas Secretarias de Saúde, juntamente com a Justiça, Ação Social e Educação, fundou um programa de escuta telefônica, em regime 24 horas – um serviço gratuito para a população, voltado para ouvir, orientar e ser continente de momentos primeiros de angústia de usuários e familiares. A equipe foi formada por profissionais de saúde, psicólogos e assistentes sociais, que trabalhavam em regime de plantão no serviço chamado S.O.S drogas (VASCONCELOS, 2005).

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS começavam suas experiências Brasil afora e, mesmo preconizados como referência no Sistema Único de Saúde – SUS como modelo substitutivo ao atendimento aos portadores de transtornos psíquicos, tinham muitas dificuldades em serem efetivados na prática, em assumirem a questão AD. Víamos que as condutas ainda eram centradas no modelo médico tradicional, através de internações psiquiátricas dos usuários de drogas, ao ponto de que, em 2002, iniciou-se a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas – CAPSad (BRASIL, 2002).

Estes surgiram na perspectiva de constituir uma rede especializada com vistas à carência de serviços e, conseqüentemente, de oferta de cuidados que pudessem romper com este modelo tradicional hospitalocêntrico, para efetivamente responder as diversas necessidades dos usuários de drogas e cuidar dos mesmos em seus próprios espaços. A proposta foi a de oferecer um modelo territorial que vence os limites geográficos e entrelaça práticas e saberes diversos em saúde.

Assim, após sete anos de funcionamento, o CECRH promoveu mudanças no seu desenho de tratamento para atender às Diretrizes do Modelo Assistencial de CAPS elaborado pela Coordenação de Saúde Mental/ Ministério da Saúde, decreto 224/92. Neste período, o CAPS recebeu da Secretaria Estadual de Saúde o incremento de novos profissionais, possibilitando, dessa forma, a implantação de projetos, como o já citado S.O.S drogas, de 1991; o Esquina 100⁶, de 1994; e o Centro de

⁶O Esquina 100 era um projeto que abria as portas do CAPS para uso do espaço pela comunidade em horários diferenciados do funcionamento tradicional, incluindo finais de semana.

⁷O CEDEPE surgiu com a finalidade de realizar estudos e pesquisas sobre álcool e outras drogas, a fim de subsidiar a clínica desenvolvida pelo CECRH.

⁸“No SUS considera-se como Redes de Atenção, as ações e serviços de Saúde que estão organizadas regionalmente e hierarquicamente, de maneira que busquem garantir a atenção integral à população, evitando assim a fragmentação das ações em Saúde. A rede de saúde será preferencialmente organizada de modo que o acesso da população se dê a partir da atenção primária e que gradualmente os casos de maior complexidade sejam encaminhados aos serviços especializados” (BRASIL, 2005 apud RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008).

Estudos e Pesquisas das Dependências Psicoativas de Pernambuco – CEDEPE⁷, de 2002.

A partir de agosto de 2004, com o processo da municipalização, o CAPS passou a ser denominado de CAPSad Eulâmio Cordeiro. Nesse período, novos profissionais foram incorporados à equipe e, conseqüentemente, houve ampliação no número de atendimentos e no horário de funcionamento, oficializando-se o terceiro turno, horário noturno. Com a implantação da Política de Redução de Danos, na criação local do Programa + Vida, da Secretaria de Saúde do Recife, o trabalho em rede⁸ começou a ser impulsionado para o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, buscando as prerrogativas dos princípios do SUS.

Compreendendo que a construção de novas práticas no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas perpassa por uma reflexão teórico-científica, os profissionais do CAPSad Eulâmio Cordeiro mantiveram-se dispostos a adentrar em áreas um tanto desafiadoras, que, às vezes, exigem uma verdadeira desconstrução teórica de sentidos e práticas marcadas, principalmente, pelo tecnicismo capitalista e o modelo biomédico.

Nessa direção, o cuidado oferecido pelo CAPSad Eulâmio Cordeiro, que já era considerado referência nacional, pôde ser ampliado no surgimento de um sujeito ativo, capaz de direcionar seu tratamento em um eixo restaurador da valo-

rização da pessoa, que transcende a dicotomia saúde-doença, mente-corpo, guiando estes sujeitos a uma amplitude de percepção e compreensão do fenômeno do uso de drogas, implicando-os a funcionarem para além dos muros do CAPSad.

Essa perspectiva sinaliza para os profissionais da saúde que o uso de drogas deve ser analisado em maior amplitude da compreensão e percepção dessa problemática. Observava-se que na prática clínica oferecida pelo CAPSad Eulámpio Cordeiro, as ações muitas vezes envolviam não apenas a área da saúde, mas abrangiam a área da segurança pública e outras, como a educação e a cultura.

Refletindo sobre os diversos olhares

A forma de organização do trabalho num CAPSad privilegia o trabalho em equipe, a integralidade, o vínculo com a comunidade, a abordagem familiar, a co-responsabilidade e a participação. Evidencia o esgotamento dos modelos de atenção tradicionalmente disponíveis e cria necessidades urgentes de mudanças quanto à organização do serviço e das práticas desenvolvidas (CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2008).

54

A prática e o cuidado à saúde podem e devem ser uma atividade fim e primordial. Desta forma, envolve uma variedade de aspectos a se considerar: o aspecto da arte que

trata da criatividade e da estética na saúde, o aspecto ético que envolve respeito e compreensão entre os atores sociais envolvidos e o aspecto da ciência que trata do conhecimento e da pesquisa necessários às intervenções em saúde (NASCI-MENTO, 2004). É nesta perspectiva que os diversos olhares se entrelaçam na busca do cuidado oferecido pela equipe do CAPSad Eulámpio Cordeiro.

Assim, para se compreender o uso de drogas, deve ser lembrado que as representações que perpassam o imaginário das pessoas variam em suas visões sobre o tema. As diferenças estão baseadas, fundamentalmente, em dois modelos que constroem discursos específicos: o modelo jurídico-moral e o modelo médico ou de doença (QUEIROZ, 2007). Estes precisariam estar focados na importância que é dada às variáveis que intervêm no desenvolvimento da dependência – a substância, o indivíduo e o contexto sócio-cultural (OLIVESTEIN, 1998).

Segundo Marlatt (1999: 87), o modelo jurídico-moral

[...] compreende o uso de drogas como um crime que merece punição e parte do pressuposto de que o uso de drogas ilícitas é moralmente incorreto. Separa drogas lícitas (como o álcool e a nicotina) das ilícitas e se preocupa com o controle das últimas. O controle do uso de drogas é baseado na “redução da oferta.

Já o modelo médico ou de doença identifica o uso de drogas como uma doença biológica/genética, que requer tratamento e reabilitação. Como aponta Garcia (1997: 126),

A noção que prevalece é a de que a droga, como um inimigo externo, é capaz de engendrar comportamentos estereotipados. [...] Como um efeito em si mesmo, uma qualidade do produto, à droga são atribuídas capacidades, como a de corromper a moral, entre os adultos, e gerar sentimentos de estranheza entre os adolescentes.

Diante disso, percebe-se que ao ser classificada como doença mental, principalmente por conta das contribuições da psiquiatria e da psicanálise, a dependência química passa a receber as mesmas intervenções que marcaram o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, que visa implantar um novo paradigma de atenção à saúde mental e que orienta até hoje a prática nos CAPS (MORAES, 2008). Para a equipe do CAPSad Eulâmpio Cordeiro, esse olhar, que já era preconizado desde sua fundação, ganha reforço a partir do chamamento à política de saúde mental como um todo.

A política de regulamentação do atendimento ao dependente de álcool e outras drogas adveio da Portaria n° 816/GM, Ministério da Saúde, que possui como diretrizes: a atenção integral à saúde de consumidores de álcool e outras drogas (prevenção; promoção e proteção); modelos de aten-

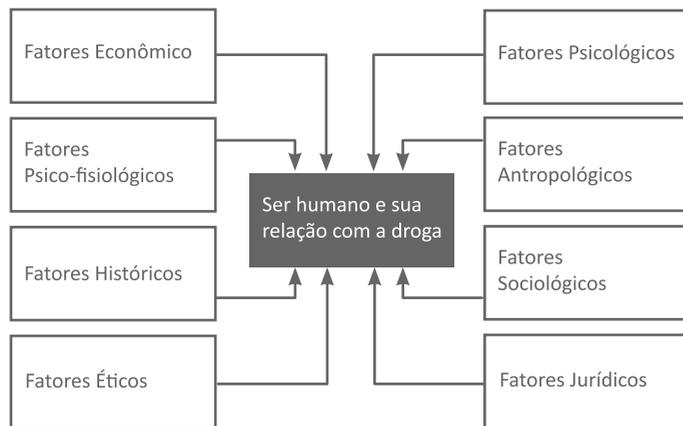
ção psicossocial, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e redes assistenciais; controle de entorpecentes e substâncias que produzem dependência física ou psíquica; e padronização de serviços de atenção à dependência química (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A Declaração de Caracas, marco dos processos de reforma da assistência em Saúde Mental nas Américas, vinculou a atenção psiquiátrica à atenção primária de saúde, permitindo a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas redes sociais (OMS/OPAS, 1990). Este ainda é um desafio encontrado pelos CAPS. Para tal, a equipe do CAPSad Eulâmpio Cordeiro utiliza-se das visitas domiciliares, dos agentes redutores de danos e de ações extra muros para a diminuição do distanciamento existente entre essas linhas de cuidado; além de formação continuada junto às equipes do Programa Saúde da Família – PSF.

Importante pensarmos na definição de saúde que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, é compreendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não meramente a ausência de doença ou enfermidade (OPAS, 1996). Desse modo, o conceito de saúde, bem como sua polarização com a idéia de doença, encontra-se embutido em qualquer discussão sobre o abuso de substâncias psicoativas – SPA e sobre a condição do usuário.

Não se pode negar o impacto causado pelo olhar voltado para esse sujeito, visto como doente, incapaz e, algumas vezes, delinqüente. A conseqüência de tal visão nas diferentes abordagens sobre o tema é evidenciada nas intervenções realizadas. Estas quase sempre são derivadas do poder dos especialistas-médicos que procuram “curar a doença”, colocando as pessoas em ambientes controlados para depois, devolvê-los “sãos” aos ambientes de origem.

Nesse sentido, a polarização saúde/doença deixa de ser o foco e fatores como a melhoria das condições e da qualidade de



56

Figura 1
Representação das múltiplas variáveis
Fonte: POTTES, 2005.

vida e do equilíbrio com a ecologia refletem uma nova perspectiva que aponta para uma visão pluri-especializada. Procurando não cair em modelos rígidos, que enquadram a dependência em uma única linha interventiva, como se um único saber fosse o suficiente para dar conta do problema, busca-se visualizar uma nova relação–pessoa. Pensando na pessoa/gente/ser humano, explicita-se a multideterminação dos seus comportamentos, onde apenas um esquema referencial não se revela eficaz (BRONFENBRENNER, 1986).

Faz-se necessário um pensamento crítico-filosófico mais abrangente para a compreensão de um amálgama de complexas variáveis (como visto na figura 1), que encontra consonância na teoria ecológico-contextual, onde elementos em interação, em um processo de mão dupla, vão propiciando mudanças que seguem movimentos de auto-regulação, retroalimentação, interdependência, certo grau de indeterminação e causalidade múltipla.

Enfim, a saúde dentro de uma visão propositiva e pró-ativa, passa a ser uma construção não só do indivíduo, mas dos diversos sistemas – família, comunidade, sociedade, cultura, sistema sócio-econômico, educacional, entre outros –, onde a qualidade das interações será influenciadora do resultado final. Para este conceito de saúde, o CAPSad volta-se ao trabalho coletivo, baseado na intra e na interdisciplinaridade.

Um enfoque com tal abrangência não pode deixar ao lar a construção da consciência ética do ser humano. É conhecida a

premissa de o ser humano construir-se através da interação com os semelhantes nos diferentes ambientes. Também é complementar a este pensamento o grau de influência que o ser em formação tem sobre os diferentes meios, com características de trocas ou situações de reciprocidade. Contextualizar o homem é vê-lo como um ser relacional e, dentro desse olhar, a realidade vai além do imediato. Torna-se amplo, dinâmico e mutável. Nessa perspectiva, Paulo Freire, dialoga com as diferentes possibilidades de construção salientando que:

O mundo não é. O mundo está sendo. Como subjetividade curiosa, inteligente, interferidora na objetividade com que dialéticamente me relaciono, meu papel no mundo não é só o de quem constata o que ocorre, mas também o de quem intervém como sujeito das ocorrências. Não sou apenas objeto da História mas seu sujeito igualmente. No mundo da História, da cultura, da política, constato não para me adaptarmas para mudar (1996: 85).

Segundo Bronfenbrenner (1996), três aspectos ganham destaque em sua teoria ecológico-contextual e encontram-se presentes na visão da clínica ampliada:

- o conceito de interdependência entre as partes: que aponta para o nível mais interno, ou seja, a pessoa em desenvolvimento e o seu ambiente mais imediato como a família, a escola, etc;

- seu processo interativo: levando a ampliação do olhar para as interconexões entre o indivíduo e os diversos eventos que ocorrem ao seu redor, formando redes que atuam através de trocas que vão se tornando menos viáveis mas não menos decisivas; e

- a idéia do todo ou totalidade: que evidencia o nível de interferência dos ambientes mais remotos (aqueles nos quais a pessoa não se encontra presente), mas que por intermédio das interconexões, tem seus efeitos e influências sobre o indivíduo. Abrangem ainda padrões mais globais ao envolver as ideologias, a cultura e a subcultura das diferentes instituições sociais.

Estes são pontos considerados fundamentais na clínica feita pela equipe do CAPSad Eulâmpio Cordeiro, compreendendo teoricamente o que é esperado na prática junto ao atendimento do usuário de drogas.

Considerações finais

Em consonância com o direcionamento dado atualmente para a política de álcool e outras drogas em nível nacional, a Secretaria de Saúde do Recife, desde 2004, criou o Programa + Vida – Redução de Danos no consumo de álcool, fumo e outras drogas. Os programas de redução de danos

apresentam-se como uma alternativa que prioriza a inserção dos usuários na rede de saúde, oferecendo-se como um espaço de individualização, isto é, de autonomia e de auto-realização (QUEIROZ, 2007).

Dessa forma, o anúncio que a política de redução de danos faz é o da possibilidade de haver outras estratégias de abordagem ao uso e abuso de drogas. Não sendo aquela fundamentada na repressão, exclusão e associação imediata a problemas médicos. Pois, se pensarmos que tanto a maneira de ver, quanto de tratar o usuário de drogas, está diretamente relacionada ao lugar que este ocupa na malha social, fica evidenciado o núcleo de opressão que gira em torno da questão (idem).

Nessa abordagem do cuidado aos usuários de drogas, percebe-se a redução de danos em consonância com constructos da teoria de Paulo Freire, onde se salienta a “pedagogia da autonomia” ou libertadora, como aquela educação voltada para a formação do educando enquanto pessoa livre, capaz de escolher através de sua consciência reflexivo-crítica. Essa concepção de educação está comprometida em atender às demandas advindas das particularidades e necessidades individuais do sujeito e acredita nas possibilidades que o indivíduo tem para criar potenciais, para atingir a sua própria liberdade de escolha, como também ser responsável por esta (FREIRE, 1996).

Salienta-se que não existe apenas um modelo a seguir para o planejamento de cuidados na área da dependência química. Essa prática muitas vezes tem emergido, alternada e direcionada, de acordo com as necessidades de respostas aos problemas de saúde das populações, pois está diretamente ligada ao sistema de saúde e centrada nos cuidados gerais de saúde. Por isso mesmo, nem sempre tem atendido as especificidades dos usuários de SPA (PILLON, 2004).

Há de se salientar que os modelos existentes são tentativas teórico-práticas para responder a um fenômeno complexo e multifacetado que é o uso de álcool e outras drogas. Por isso, a assistência ao usuário é uma prática complexa e, frequentemente, o profissional pode abordar o usuário sob o olhar de mais de um modelo ao mesmo tempo: o moral, quando ele “não ouve” seus conselhos; o médico, quando executa procedimentos terapêuticos; o social, quando não identifica a retaguarda necessária para a reintegração social (idem).

Nesse sentido, faz-se necessária a inclusão da abordagem da redução de danos na prática clínica de atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, diferenciando-se dos modelos tradicionalmente existentes. O modelo psicossocial apresentado pelo CAPSad Eulâmpio Cordeiro, respaldado na visão ampliada da clínica, vem acompanhando as constantes mudanças sofridas pela sociedade e pelas políticas públicas.

Desse modo, o CAPSad Eulâmpio Cordeiro busca desenvolver suas ações de prevenção, recuperação e promoção da saúde em relação ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, voltando-se para o sujeito, seus familiares e a comunidade em geral; buscando a consonância com a política nacional de saúde mental e os princípios do SUS.

Adolescentes usuários de álcool e outras drogas atendidos no CAPSad Prof^o René Ribeiro: um olhar sobre a questão da adesão ao tratamento

Geovana Melo de Costa Araújo
Maria Izabel G. dos Santos
Monica Maria dos Santos Bezerra
Paulo José Barroso de Aguiar Pessoa
Carlos Henrique Reis da Silva

Introdução

O presente trabalho tem como finalidade apresentar a experiência de atendimentos de adolescentes no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad Professor René Ribeiro da cidade do Recife-PE, especificamente acerca da adesão ao tratamento.

Ao longo dos últimos dois anos, foram realizados diversos atendimentos aos adolescentes usuários de drogas neste serviço e, neste trabalho, tal experiência foi sistematizada para subsidiar uma avaliação, propondo mudanças na forma de atender um público tão específico. Este relato de experiência está estruturado da seguinte forma: descrição de como, atualmente, se apresenta a rede CAPSad da cidade do Recife; caracterização da experiência em atender adolescentes e possibilidades de inovação da prática do CAPSad Professor René Ribeiro.

Rede de CAPSad na cidade do Recife: momento atual

A cidade do Recife é dividida em 06 (seis) Distritos Sanitários – DS, que são compostos por vários bairros, onde as ações de saúde são executadas a partir da noção de territorialidade. Os CAPSad apresentam-se como a principal estratégia do processo da reforma psiquiátrica, sendo propostos como serviços substitutivos, priorizando as intervenções junto aos sujeitos, observando sua singularidade e atuando no espaço onde estes sujeitos habitam, se relacionam e constroem suas vidas.

Cada DS possui um CAPSad que é responsável pela assistência aos usuários, bem como por ações junto aos diversos

equipamentos sociais e comunitários. Estas ações se caracterizam desde a visita e acompanhamento de usuários no território, a partir de uma demanda dos Programas de Saúde da Família – PSF e Programas de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, até intervenções pedagógicas dentro de escolas, associações de moradores, Organizações Não Governamentais – ONG, dentre outras.

Em 2003, o Ministério da Saúde publicou a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, que deixa clara a posição do Sistema Único de Saúde – SUS em atender essa população, pautando-se no diálogo, adotando parâmetros que norteiam todas as ações relacionadas à atenção (atenção primária, CAPS, ambulatório, leitos em hospital geral, redução de danos), apontando as diretrizes para o campo da saúde e também para o trabalho intersetorial, fundamental para a integração dos serviços e das ações na área de álcool e outras drogas.

Contudo, observa-se que existem algumas dificuldades na execução dos Projetos Terapêuticos Singulares – PTS que são construídos junto aos usuários, quando da chegada dos mesmos nos serviços de CAPSad. Isto ocorre, de maneira bem explícita, devido aos diversos entendimentos sobre o que é o uso de drogas para os técnicos. Estas dificuldades apresentam-se como grandes desafios para a efetivação da política pública, porém, acreditamos em um processo de formação continuada, com discussões sobre as diversas situações que ocorrem nos serviços, os “estu-

dos de caso”, pois é a partir das diferentes situações que ocorrem no dia a dia dos serviços, que poderemos ir (re)construindo entendimentos e posturas pautadas no respeito à singularidade de cada sujeito.

CAPSad Professor René Ribeiro: pouco tempo, muita “história”

O CAPSad Professor René Ribeiro está situado no território pertencente ao DS V do Recife. Este é constituído por 16 bairros, totalizando cerca de 282.000 pessoas, que representam cerca de 17% da população da cidade (IBGE, 2010). Tal população é bastante carente, onde 62% reside em Zonas Especiais de Interesse Social – ZEIS e outras áreas pobres. No que diz respeito ao uso de álcool e outras drogas, devido às características do território, existe uma grande parcela da população vulnerável aos efeitos nocivos do uso de substâncias psicoativas – SPA.

O CAPSad Professor René Ribeiro se insere neste território⁹ desde 21/06/2004. Enquanto instituição pública, tem como missão ser a referência do DS V no atendimento especializado ao

⁹Para Santos (1997), o “território” é o lugar do exercício da existência do sujeito, onde ele estabelece toda a rede de relações existente na comunidade, local de vida das pessoas. Assim, a concepção de território adotada na proposta do CAPSad, busca subverter a lógica hospitalocêntrica e fazer com que o serviço seja territorial.

uso nocivo e dependência de drogas. Seu público está composto de adultos do sexo masculino, a partir dos 18 anos, moradores do DS V, bem como de adolescentes entre 12 e 18 anos incompletos, de ambos os sexos, residentes nos DS IV, V e VI, que demonstrem espontaneamente o desejo de abster-se ou diminuir o uso dessas substâncias.

Tal público é de uma população bastante carente que, historicamente, pertence às classes menos favorecida economicamente, com condições de vida pauperizadas. Muitos usuários do serviço se encontram em situação de rua ou muito próximos desta condição.

Em relação ao público adolescente, este possui particularidades específicas, pois esta fase da vida se constitui como um momento bastante complexo para qualquer sujeito. Durante algum tempo, a “clínica da dependência” tinha como função possibilitar ao sujeito uma condição de se deparar com os limites, pois se entende que os usuários de álcool e outras drogas não conseguem admitir os limites. Devido a isto, dentro do CAPSad Professor René Ribeiro, no que diz respeito ao atendimento a adolescentes, buscava-se impor limites a estes sujeitos, tendo como instrumento as regras e normas de funcionamento do serviço. Aqueles que não se adequassem recebiam alta administrativa ou alta por falta de adesão ao tratamento. Sabe-se que a adolescência é uma fase de transição. Hoje, discursos cristalizados dentro da ciência e no chamado “senso comum” colocam a adolescência como fase de

crise. A “crise” que na verdade é a do adulto, se torna agora do jovem. O discurso de jovem ideal vem sendo determinado há tempos, tanto pelas instituições criadas para educá-los, quanto pela própria sociedade que toma para si o discurso científico. Não existe mais o moral e o imoral, mas sim o normal e o patológico.

Freud (1976) trabalha com as peculiaridades do período ao qual denominou puberdade, sendo esta marcada pelas transformações repentinas e drásticas no que diz respeito ao corpo e ao subjetivo. O sujeito se vê submerso numa carga de tensão, onde as pulsões auto-eróticas da vida infantil passam a investir em outros objetos, em outras palavras, passa a ser altruísta.

A adolescência, segundo Rassial (2002), é caracterizada como um estado limite, onde o Outro entra em crise, ou seja, o sujeito adolescente não acredita mais na garantia de seu gozo, seus referenciais estruturantes estão fragilizados. Nesse período, o sujeito é convocado a assumir outra posição subjetiva para, então, fazer-se atuante na sociedade, e tais circunstâncias geram angústia devido ao comparecimento da puberdade que exige uma representação simbólica. Essa falência nas representações se apresenta sob a forma de sintoma, onde o psiquismo é chamado a dar conta de determinadas intensidades e o sujeito nunca está preparado para lidar com essa força pulsional que surge e exige um destino semiótico.

Esses sintomas podem representar o mal-estar próprio do processo adolescente, que se acentua pelas práticas discursivas vigentes na contemporaneidade, marcado por imperativos consumistas que tentam se apropriar de um resto.

De acordo com Cunha (2008), o “Senhor Mercado” afeta as referências míticas do adolescente, uma vez que esse Outro gozador se revela como um amo sem rosto, que só ordena que o sujeito goze. Nesse contexto, pode-se discutir a entrada em cena do objeto droga e suas repercussões sobre o corpo e nos laços sociais.

Todo esse movimento pode ser percebido, principalmente, com os adolescentes que não resistem à tamanha pressão e vão para as ruas. Sabe-se que para esses adolescentes, além da provisão material, algo de uma provisão libidinal fracassou de modo tão radical que os levou a esta escolha pelas ruas. Ao mesmo tempo, fazer das ruas a sua casa é abrir as portas para uma vivência sempre traumática, é desencadear a repetição.

Nas ruas, é o “malocão”, “o bonecão”, a “xuxa” quem rouba, usa drogas, age violentamente. Desta maneira, o João, o Marcos ou a Maria podem isentar-se não só do peso das contravenções, mas do abalo narcísico decorrente delas. É como se o sujeito não estivesse ali, habitando seu ato. Não se implica, não se responsabiliza, não responde por ele.

A partir do entendimento de que a “clínica da dependência” não serve para que possamos basear nossas ações, não se acredita em uma prática onde se deve enxergar o sujeito, ou seja, uma clínica que se disponibiliza para o sujeito que delira, que usa drogas, que transgredir.

Com base nessa concepção, o atendimento aos adolescentes no CAPSad Professor René Ribeiro começou a ser transformado, não mais se constituindo à base de regras e normas rígidas. Atualmente, procura-se estabelecer a construção de sentidos e vínculos, pois o adolescente não vai simplesmente “obedecer” a uma regra ou norma simplesmente por ela ser imposta. Tenta-se intervir de uma maneira onde o adolescente possa encontrar sentido para a norma e a regra e, assim, possa introjetar a necessidade do seu cumprimento, a partir de uma construção pessoal e singular sobre a necessidade das mesmas. Dessa forma, estamos tentando efetivar um novo projeto terapêutico, que tenha como alicerce o entrar em contato com a singularidade de cada adolescente que chega ao serviço.

Para isso, faz-se necessário a participação efetiva da família no processo de (re)construção da relação entre o sujeito e a substância que faz uso. O que se percebe, devido ao grande apelo midiático em relação ao uso do crack, é que as famílias chegam desesperadas ao serviço, solicitando uma internação para seus jovens, buscando uma intervenção que vai na contramão do que pressupõe a Reforma Psiquiátrica, visto que so-

licitam a institucionalização dos adolescentes. O que torna imprescindível as ações de informação acerca da desconstrução das internações, realçando o papel fundamental da família e do processo de desinstitucionalização.

Tem-se um grande receio de que o mesmo tratamento desumano das instituições fechadas que era direcionado ao portador de sofrimento psíquico, no passado, não se repita, hoje, com os usuários de drogas, que estão sendo encaminhados para as clínicas de recuperação, sem qualquer preocupação com os cuidados realizados nestes espaços.

Dessa forma, a realização de grupos para o público adolescente no CAPSad Professor René Ribeiro tem como principal função possibilitar ao sujeito condições para que este entre em contato com alguns conteúdos que possam facilitar seu entendimento sobre o seu momento de vida e, principalmente, sobre qual o lugar da droga na sua vida.

Os grupos têm uma função terapêutica, porém, não se constituem como único instrumento que pode possibilitar ao jovem a condição para ressignificar sua vida. Se acredita que os grupos são de fundamental importância para o sucesso do trabalho desenvolvido no serviço, trabalhando com temáticas diversificadas: reflexão, projeto de vida, reinserção social, processo terapêutico, cidadania, família, saúde, prevenção à recaída, entre outros.

A experiência no CAPSad aponta para uma necessidade constante de construção de sentido para que os jovens possam frequentar os grupos, participando efetivamente dos processos que neles ocorrem. Dessa forma, busca-se sempre a participação dos jovens dentro do serviço, enxergando, valorizando e respeitando sua singularidade e propondo alternativas para uma nova possibilidade de escolha.

De acordo com Andretta (2008), diferentes técnicas têm sido testadas no tratamento de adolescentes usuários de drogas: intervenções breves como comportamentais, cognitivo-comportamental e grupo terapia; atendimento aos pais; modelos integrados, que combinam técnicas de mais de um modelo teórico, como por exemplo, a Entrevista Motivacional e as técnicas cognitivo-comportamentais.

Diante de diversificadas abordagens, avaliar a adesão do paciente ao tratamento se torna fundamental. Sabe-se que na dependência química, a adesão ao tratamento representa um grande desafio. Estudos clínicos têm sido realizados com o intuito de compreender qual intervenção é a mais adequada no tratamento, principalmente, entre os adolescentes.

Os adolescentes são considerados pacientes “difíceis” de serem trabalhados no ambiente terapêutico, uma vez que

demonstram mais hostilidade, maior desconfiança, entre outras formas de resistência, além de baixa motivação para tratamento decorrente. (LAMBIE, 2004).

Altas taxas de abandono (50% no primeiro mês) em tratamentos para dependência química sugerem maior atenção a este quadro (SCADUTO; BARBIERI, 2009). De acordo com Andretta (2008), 50% dos adolescentes não retornam após o primeiro contato, e até 70% deles tem grande probabilidade de abandonar o tratamento prematuramente.

Levantamento realizado no CAPSad Professor René Ribeiro, no ano 2010, em 80 prontuários dos usuários assistidos no serviço no período da manhã, com o objetivo de observar a adesão dos usuários ao tratamento, verificou que, dos usuários adolescentes, 60% tiveram alta por abandono e 27% obtiveram alta administrativa no período de 01 (um) mês a 03 (três) meses.

Diante dos dados apresentados, a equipe identificou que precisaria mudar o projeto terapêutico para os adolescentes, pois o modelo oferecido, com muitos grupos de fala, falta de atividades lúdicas, poderiam estar corroborando para o abandono do tratamento. Essas dificuldades podem ser visualizadas nas citações de alguns dos adolescentes atendidos no serviço:

Não tenho paciência com o tratamento, mesmo sabendo que eu preciso (sic).

Eu queria falar, mas eu tenho vergonha (sic).

Essa nova proposta de atuação começou a acontecer desde o acolhimento, passando pelos grupos, até a alta clínica. Nesta perspectiva, o CAPSad Professor René Ribeiro propõe-se a ofertar um “cardápio” de atividades, com a finalidade da construção do PTS de cada jovem, para que possa elaborar com eles uma maior condição de implicação com o tratamento e com a passagem pelo serviço. Acreditamos que só a partir de uma construção efetiva de projetos singulares poderemos ofertar condições para que haja transformações na vida dos adolescentes.

Considerações finais

Diante do que foi apresentado neste relato, com vistas à dependência química versus tratamento, pôde-se observar a relevância do envolvimento dos adolescentes com o uso de SPA. Dentro desse universo, pudemos refletir sobre questões como: a definição das abordagens terapêuticas que favoreçam uma maior adesão do adolescente ao tratamento nos CAP-Sad, com inclusão efetiva da família; a co-responsabilização do sujeito na construção do seu PTS; o maior entendimento institucional sobre as incertezas e fragilidades do período da adolescência; a elaboração conjunta das normas e regras necessárias à convivência coletiva nos serviços; a promoção de um ambiente acolhedor e produtivo, onde o sujeito se perceba como parte importante no processo de construção; o conhecimento dos processos de “recaídas das e vindas”, peculiares ao indivíduo que apresenta dependência química, assim como a não aceitação, por parte do adolescente, de que a droga seja um problema na sua vida.

Um outro olhar para os dependentes de nicotina: uma experiência de tratamento no CAPSad René Ribeiro¹⁰

Érika Soares Correia
Luciana Cibelle Araújo dos Santos
Romualdo Mendonça de Lucena
Paula Moraes

Resumo

Este trabalho tem por objetivo relatar a experiência de tratamento para o tabagismo no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad René Ribeiro, em Recife, Pernambuco, no período de 2005 à 2010. A experiência trouxe uma inovação no âmbito da atenção especializada para tabagistas, com a introdução de um Grupo Reflexão, visando dialogar com os usuários sobre o lugar do cigarro na vida de cada um, tendo com foco prioritário trabalhar os aspectos emocionais da dependência tabagística e das comorbidades correlatas. Vale ressaltar a importância de individualizar a assistência ao dependente de nicotina, levando em consideração os aspectos históricos e biopsicossociais que perpassam a vida de cada usuário, traçando seus projetos terapêuticos singulares – PTS, sejam estes na lógica da redução de danos, sejam voltados a abstinência total do cigarro.

Palavras-chave: abstinência, redução de danos, tabagismo, tratamento.

¹⁰A experiência relatada neste trabalho, refere-se à prática profissional dos autores, durante o período de trabalho no CAPSad René Ribeiro, entre 2005 e 2010.

69

Considerações sobre a Política de Controle do Tabagismo

O uso de cigarros está presente na história da humanidade desde muitos séculos, nos mais variados tipos de sociedade, tendo sentidos diversos. Para alguns povos, o cigarro faz parte de rituais religiosos, como meio de abrir caminhos para contatos extra-sensoriais com aqueles que já não fazem parte deste mundo real. Nas sociedades ocidentais, seu uso adquire força com o advento do cinema, nos idos dos anos 50/60, quando aparece nos filmes associado às imagens de beleza, riqueza, charme, poder.

Nos anos 70/80, os comerciais de televisão das grandes indústrias de cigarro passam a associar seu uso à pessoas que praticam esportes mais radicais e apresentam aspectos físicos bastante saudáveis. Já nesta época, o mundo começa a discutir os efeitos maléficos do cigarro, que aparecem associados às causas de morbi-mortalidade relacionada, sobretudo às doenças do trato cardio-respiratório.

Na atualidade, o tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde – OMS a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Estima-se que um terço da população mundial adulta seja fumante. Pesquisas comprovam que aproximadamente 47% de toda a população masculina

e 12% da população feminina no mundo fumam. Enquanto nos países em desenvolvimento os fumantes constituem 48% da população masculina e 7% da população feminina, nos países desenvolvidos a participação das mulheres mais do que triplica: 42% dos homens e 24% das mulheres têm o comportamento de fumar. (INCA, 2010: 03)

Sabe-se que o cigarro contém cerca de 4720 substâncias tóxicas que causam danos à saúde, sendo que destas apenas a nicotina é responsável pela dependência aguda e crônica nos seus usuários (INCA 2010). Sendo a forma de ingestão a principal responsável pelos efeitos rápidos da droga na corrente sanguínea e, conseqüentemente, no sistema nervoso central, a nicotina produz efeitos eufóricos mais brandos que as outras drogas estimulantes, porém, causa dependência intensa, por também estimular o sistema cerebral de recompensa do cérebro, provocando sensação de bem-estar em seus usuários.

As pesquisas apontam que o cigarro está relacionado a 30% das mortes por câncer, sendo 90% destes casos de câncer de pulmão. Além dos cânceres de boca, esôfago, laringe, faringe, rins, pâncreas e colo do útero, vasos sanguíneos são também danificados, provocando nos fumantes um risco acrescido para infartos e arritmias cardíacas. Está ainda o cigarro relacionado a doenças do trato respiratório, impotência sexual e infertilidade, úlceras estomacais e outros agravos a saúde (idem).

Por todo esse contexto de agravos a saúde correlacionados ao uso de cigarro, a dependência química da nicotina impõe a necessidade de tratamento específico para os usuários dessa droga. No Brasil, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, datado de 1989, já preconizava ações interventivas, algumas delas descritas na Convenção – Quadro para o Controle do Tabaco, que foi ratificada no país pelo Decreto 5.658/2006. Estas ações prevêm: a prevenção, a restrição à produção e comercialização do tabaco, além da proibição da veiculação de propagandas nos meios de comunicação de massa, sem nenhum tipo de controle, e do consumo em lugares públicos fechados (BRASIL, 2003).

O programa brasileiro, coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer – INCA, órgão vinculado ao Ministério da Saúde – MS, tem como objetivo a diminuição da prevalência de fumantes e da conseqüente redução da morbimortalidade relacionada ao consumo do tabaco e seus derivados, através da descentralização das ações para estados e municípios, os quais possuem autonomia para criar e fiscalizar suas próprias leis.

No Recife, capital do estado de Pernambuco, o Programa Municipal de Controle do Tabagismo foi instituído em 2001, a partir da criação da Coordenação de Controle de Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer – CCTOFRC, que segue as diretrizes nacionais, sob a supervisão do INCA. Em suas ações

iniciais, a coordenação passou a promover campanhas de conscientização e prevenção ao tabagismo; capacitação de profissionais de saúde da atenção básica e especializada (rede de Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad) para acompanhamento e tratamento de usuários de tabaco; transformação de instituições públicas e privadas em Ambientes Livres do Fumo.

Desde 2001, a CCTOFRC vem conseguindo ampliar suas ações, tendo alcançado conquistas importantes, sobretudo, para o controle e a prevenção do tabagismo passivo nos ambientes de trabalho, shoppings centers, aeroportos, bares, restaurantes e casas noturnas, fazendo vigorar, nestes ambientes, a Lei Federal 9.294/1996, que institui a proibição do uso de cigarro em ambientes fechados.

Porém o resultado mais expressivo do programa foi o registro da maior queda na prevalência de fumantes ocorrida no Brasil entre os anos de 2007 e 2008, passando de 15,9% para 10,4%. Isso representa uma diminuição de 34,6% do número total de fumantes na população, ou seja, cerca de 85mil pessoas deixaram de fumar no período (OPAS, 2010).

Para além da tomada de decisões políticas acerca da implementação de uma política de controle do tabagismo para a cidade do Recife, as ações práticas voltadas para a pre-

venção do tabagismo e assistência aos fumantes nas unidades de saúde especializadas também foram de fundamental importância para os resultados alcançados até o momento, no tocante a redução da prevalência de fumantes na cidade.

Apesar dos resultados obtidos, o programa, em Recife, continua a enfrentar problemas para a sua implementação, haja vista o conflito existente entre a concepção de tratamento preconizado pelo INCA – centrada na abstinência – e a abordagem de redução de danos, adotada pelos gestores municipais da política de álcool e outras drogas, conforme preconiza a Política Nacional de Álcool, Fumo e outras Drogas.

A exemplo disso, destacam-se os entraves existentes, já há bastante tempo, no que se refere à investidura do Programa Municipal de Álcool e Drogas para a implantação de espaços (fumódromos) para uso de cigarros dentro dos serviços de CAPSad. Se por um lado, estes espaços servem como estratégia de redução de danos para usuários de outras drogas; por outro, podem gerar uma maior vulnerabilidade à recaída para os tabagistas que buscam, nestes serviços de saúde, um espaço de proteção e apoio para deixarem de fumar e/ou reduzir os danos causados pelo consumo de cigarros. Esta dualidade, dentre outros elementos, provocou reflexões que desencadearam a experiência relatada a seguir.

O tratamento de tabagismo no CAPSad René Ribeiro: relato de uma experiência

Em 2003, o MS publica a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, que inaugura uma nova fase na política de saúde, tendo como objetivo central a ampliação do acesso ao tratamento e a redução da exclusão e da falta de cuidados para as pessoas dependentes de drogas, evitando internações desnecessárias. Ou seja, rompendo em definitivo com o modelo hospitalocêntrico de tratamento em saúde mental e também endereçado historicamente a população usuária de substâncias psicoativas – SPA.

No Recife, inicia-se um processo de expansão dos serviços de saúde municipais especializados em álcool e outras drogas, com a municipalização de duas unidades de saúde, geridas pelo governo do estado, tradicionais do tratamento de álcool e outras drogas em Pernambuco: o Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Álcool e outras Drogas – CPTRA e o Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana – CECRH. Com a abertura de uma nova rede de atenção especializada no território da cidade, composta por CAPSad e Casas do Meio do Caminho – CMC, passa-se a dar conta do atendimento à população usuária de SPA de cada uma das regiões político-administrativas do Recife.

Neste contexto, o CAPSad René Ribeiro foi implantado em meados de 2004, no bairro de Afogados, onde funciona a sede do Distrito Sanitário – DS de saúde da Região Político-Administrativa – RPA V do Recife, que apresenta características de pobreza e violência urbana bastante acentuadas. Inicialmente, havia prioridade para o atendimento de adolescentes usuários de drogas e adultos jovens alcoolistas e usuários de outras drogas.

A inserção da discussão sobre a questão do tabagismo dentro do CAPSad, já em 2005, não ultrapassava, até àquele momento, a programação dos grupos de orientação em saúde, que tinham como foco a difusão de informações acerca dos vários tipos de drogas e seus efeitos na saúde dos usuários.

Contudo, a partir de uma diretriz enquanto política de gestão, na época para a implantação de grupos de tratamento para fumantes dentro dos CAPSad, a dependência da nicotina passou a ocupar um espaço maior nas discussões sobre dependência química, sendo então implantado o tratamento dentro dos serviços, seguindo as orientações do INCA, porém, a partir de um modelo próprio do município, bastante específico e, de certa forma, autônomo em relação à política geral de tratamento para outras drogas.

O primeiro grupo de tabagismo no CAPSad René Ribeiro

Em princípio, o modelo proposto pela Prefeitura da Cidade do Recife – PCR para o tratamento da dependência da nicotina nos CAPSad baseou-se na Abordagem e Tratamento do Fumante, preconizada pelo INCA/MS. Esse modelo enfatiza três métodos considerados interdependentes para a cessação do fumo: a abordagem cognitivo-comportamental; a farmacoterapia; e a abordagem para os tabagistas em grupos e em atendimentos individuais.

Esta abordagem, conforme as orientações do INCA, deve ser desenvolvida ao longo de 12 meses de acompanhamento aos tabagistas, prazo total de permanência dos usuários no grupo. Os encontros são temáticos e focalizam, especificamente, informações sobre o cigarro, estratégias para cessação, manobras diante dos sintomas de abstinência e benefícios a partir da cessação do tabaco.

Ao final do período de acompanhamento, considera-se que o usuário, além de ter superado os sintomas físicos e psicológicos da abstinência, encontra-se melhor informado e emocionalmente mais fortalecido para encerrar o tratamento, apesar de necessitar de constante esforço para evitar recaídas.

Minimizada a resistência da equipe técnica, principalmente, pela falta de experiência com o programa de tabagismo e pelo conflito existente entre modelos diversos de tratamento da dependência química coexistentes, abstinência versus Redução de Danos, dentro do mesmo espaço físico, teve início, em novembro de 2005, o primeiro grupo de tabagismo do CAPSad René Ribeiro, coordenado, inicialmente, por uma assistente social e uma enfermeira.

Posteriormente, atendendo a uma média de 15 (quinze) usuários adultos, com maioria expressiva de mulheres, com níveis sócio-econômicos e culturais bastante diversos, o grupo passou a ser realizado pela CCTOFR, com nuances do modelo experenciado pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco – HC/UFPE, cuja principal diferença consistia na inexistência de prazo determinado para a permanência do usuário no grupo, ou seja, as pessoas em tratamento poderiam/deveriam permanecer por tempo indeterminado, sendo acompanhadas pela equipe.

Além disso, esse modelo de tratamento do HC/UFPE, prescindia da necessidade de realização de atendimentos psicoterapêuticos individuais com formato ambulatorial, o que novamente trouxe conflitos para a equipe do CAPSad, visto que a proposta do serviço é de realização de uma clínica ampliada, com vistas à multidisciplinaridade, em que a escuta às demandas individuais dos usuários em tratamento se faz presente em todos os atendimentos de todas as categorias profissionais.

No CAPSad, cada usuário tem um técnico de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, médico) como referência, os quais são denominados de Técnicos de Referência – TR para os atendimentos individuais e/ou familiares e para a realização de uma escuta mais apurada de suas demandas. Diante disto, seria praticamente impossível efetivar uma prática psicoterapêutica, em moldes ambulatoriais, para atender, exclusivamente, as necessidades dos tabagistas.

Contudo, após aproximadamente 06 (seis) meses da implantação do programa de tabagismo, os técnicos que coordenavam o grupo, naquele momento, começaram a perceber que mesmo após a conclusão das quatro primeiras sessões estruturadas (como o proposto pelo modelo INCA), os usuários apresentavam inúmeros questionamentos pessoais: questões existenciais relacionados com a ausência do cigarro nas suas vidas, com os problemas advindos da não cessação do cigarro; além de dificuldades de “enquadramento” ao modelo de tratamento adotado, até então, pelo CAPSad.

Apareceram as primeiras dificuldades técnicas para dar resolutividade às comorbidades de ordem emocional que eclodem a partir dos encontros semanais do grupo, onde a depressão surge como a maior demanda que dificulta a construção dos PTS voltados à abstinência em sua integralidade.

Surge, então, a demanda técnica, a partir da experiência vivida no grupo, para que se pudessem trabalhar outros conteúdos, para além da informação sobre o cigarro e as seqüelas à saúde, do planejamento de estratégias práticas para cessar o uso do cigarro, do uso da terapia de reposição de nicotina. Conteúdos estes relacionados à dependência de nicotina e que interferiam e interferem diretamente no processo de tratamento, como por exemplo, as questões subjetivas ao processo de uso do tabaco, ao luto experimentado com a cessação, a representação e ao lugar social e emocional do cigarro na vida das pessoas.

Mesmo mantendo atendimento de TR semanalmente, algumas questões trazidas para o grupo não tinham como ser contempladas, inclusive por não haverem atendimentos individuais de caráter psicoterapêutico. Além disso, a maioria dos usuários não conseguia abster-se do cigarro no tempo previsto, conforme preconizado pelo INCA e, tampouco, apresentavam resultados/avanços no tratamento quando se sentiam “soltos”, sem limites terapêuticos previamente estabelecidos, na medida em que estavam tão mobilizados emocionalmente, que conseguiam muitas vezes aprofundar as suas comorbidades emocionais. Somavam-se a essas questões, a dificuldade de manter regularidade na oferta e dispensação dos medicamentos específicos dentro da instituição e a desarticulação com a rede de saúde de outros serviços de referência, para a realização de encaminhamentos necessários, como por exemplo, para um processo psicoterápico.

Diante desse panorama, a grande rotatividade de usuários passou a ser observada, uma vez que poucos aderiam ao tratamento. Essas dificuldades passaram a ser trazidas para as reuniões técnicas semanais do CAPSad, proporcionando um longo período de discussão sobre a necessidade de revisão dos métodos e conteúdos do tratamento para o público tabagista. Questões relacionadas ao tempo de tratamento, ao protocolo medicamentoso para uso da terapia de reposição da nicotina, à necessidade de aprofundamento sobre a dependência emocional do tabaco, às representações psicológicas e sociais envolvidas no processo de uso, dentre outros temas, foram amplamente discutidas entre a equipe que, por unanimidade, optou por empreender mudanças, objetivando maior efetividade no tratamento do tabagismo.

Um outro olhar para o tratamento de tabagistas no CAPSad René Ribeiro

Com o objetivo de trabalhar a possibilidade de cessação e/ou diminuição do uso do cigarro com vistas à redução de danos, através da difusão de informações sobre os danos do tabagismo ao organismo, bem como de proporcionar, nesse contexto, situações que favorecessem reflexões dos usuários sobre as representações sociais e as questões subjetivas acerca do uso e das relações com o cigarro, as técnicas responsáveis pela coordenação do grupo dentro do CAPSad René Ribeiro propuseram uma nova metodologia de trabalho para o tratamento do tabagismo,

que pudesse minimamente contemplar as demandas dos usuário de forma mais ampliada e estruturada.

Entendendo que abordagem ao fumante requer atuação interdisciplinar, uma vez que a dependência química implica na necessidade de cuidados e intervenções em nível biopsicossocial, este “outro” modelo de tratamento buscava contemplar as demandas fisiológicas, emocionais e sociais relacionadas ao uso do cigarro. A partir do segundo semestre de 2006, a equipe de coordenação do grupo de tabagismo, passou a ser composta de forma mais estruturada, por uma médica clínica, um psiquiatra, uma assistente social e uma psicóloga.

Com base, principalmente, nas experiências vivenciadas durante nove meses de funcionamento do grupo tabagismo no modelo proposto pelo INCA, bem como nas discussões em equipe sobre as dificuldades surgidas no processo de tratamento para o tabagismo, a equipe de coordenação começou a implementar mudanças, que acreditava serem capazes de melhorar a estrutura e o funcionamento do grupo de tabagismo, como por exemplo:

- 1- Encaminhamento de todos os usuários triados para o Grupo Acolhimento – grupo de entrada no CAPSad –, a fim de realizar uma melhor elaboração psicológica sobre o tratamento, de absorver conhecimentos sobre o funcionamento do CAPSad e de

proporcionar, também, o convívio com os demais usuários de outras drogas, enquanto aguardavam vaga para início do tratamento propriamente dito;

- 2- Ampliação dos encontros semanais, passando de um para dois encontros, em dias consecutivos. Sendo realizado, neste sentido, a inclusão do Grupo Reflexão, coordenado por uma psicóloga, com uma hora e meia de duração, objetivando trazer o foco do tratamento, também, para as questões subjetivas, trabalhando temas transversais, de conteúdo emocional, à dependência da nicotina;

- 3- Introdução das medicações para reposição de nicotina, somente após início do tratamento nos grupos de tabagismo;

- 4- Garantia de chegada de todos os medicamentos orientados pelo INCA ao serviço (especificamente, o adesivo, a goma de mascar e a Bupropiona);

- 5- Busca de melhora na articulação com a Policlínica Agamenon Magalhães, para encaminhamentos de usuários em tratamento, para acompanhamento psicoterápico, quando necessário.

As avaliações em equipe sobre os casos passaram, também, a ser mais sistemáticas. Eram realizadas com o grupo de usuários em tratamento, tanto no nível coletivo, como nos atendimentos individuais com os TR.

Seguindo os critérios estabelecidos, previamente acordados com cada usuário já durante o período de triagem, o tempo de tratamento sistemático passou a ser de 09 (nove) meses, admitindo, pelo menos, 01 (um) ano como tempo de monitoramento/acompanhamento dentro do CAPSad:

1- Do 1º ao 3º mês, os usuários conhecem as informações sobre o cigarro, avaliam as relações mantidas com ele, os benefícios da cessação, e são estimulados a parar e/ou reduzir danos, diminuindo progressivamente o uso, tendo duas participações semanais no grupo;

2- Do 3º ao 6º mês, muitos usuários, tendo conseguido cessar ou diminuir o uso do cigarro, trazem suas dificuldades orgânicas, como a abstinência da nicotina e as questões psicológicas relacionadas ao luto, às estratégias utilizadas, às dificuldades de adaptação sem o cigarro, aos ganhos contabilizados com o processo, dentre outras. Neste período, os usuários ainda freqüentam o grupo duas vezes por semana, contudo, já em processo de avaliação conjunta com

o TR sobre a possibilidade de iniciar o processo de desmame do tratamento.

3- Do 6º ao 9º mês, partindo do princípio de que os usuários já estão emocionalmente mais fortalecidos e organizados em seus processos de cessação e/ou redução de danos, alguns já têm condições de alta clínica, enquanto outros, por exemplo, já suportam iniciar o desmame do tratamento, espaçando sua participação nos grupos que passa a acontecer a cada 15 dias.

4- Do 9º ao 12º mês, correspondente a fase final do tratamento, as questões são focalizadas para o processo de fechamento do programa. Muitos usuários, já mais seguros com o processo de cessação e/ou redução do uso e dos danos causados pelo cigarro, recebem alta clínica nesse período.

5- Para as demais situações em que usuários ainda não se sentissem aptos ao processo de alta, por ainda não terem atingido seus objetivos de cessação ou diminuição do uso, cada um dos casos são avaliados pela equipe, do ponto de vista clínico-psiquiátrico e psicossocial, a fim de elaborar possíveis intervenções, quer no sentido da colocação de limites procedendo com a alta clínica, levando em consideração

o contrato de tempo previamente estabelecido para o tratamento, quer no sentido de prorrogação do tempo do tratamento, de acordo com as questões singulares de cada sujeito.

Importante frisar que para cada usuário de cigarro que chega à instituição para tratamento, sempre é traçado um plano de tratamento individual, considerando as singularidades de cada sujeito, que a cada novo trimestre é revisto/reavaliado/reconstruído com a TR, estabelecendo metas possíveis de serem atingidas pelas pessoas, a fim de dirimir as frustrações com possíveis recaídas durante o processo, as quais muitas vezes, no modelo anterior, levavam as pessoas à desistência do tratamento.

A equipe técnica de tabagismo já trabalhava com o modelo de construção de PTS antes mesmo dessa discussão chegar aos serviços de forma sistemática, como se discute na atualidade. Isso, somado a possibilidade de tratamento para tabagismo também pela lógica da redução de danos, possibilita aos sujeitos um processo de reflexão sobre sua dependência e de como lidar com ela de modo mais livre, respeitando suas escolhas, considerando não apenas a necessidade de abstinência com “único” meio possível de se tratar, mas, sobretudo, o que de fato seria possível a cada usuário como meta, diante de suas histórias de vida na relação com o cigarro.

As altas clínicas, pela via da abstinência total ou da redução de danos, passaram a ser preparadas junto com os usuários durante um tempo maior, sendo acompanhadas de certificados que diziam da conclusão do tratamento e de momentos em grupo para trocas de experiência, inclusive, com usuários de outras drogas, trabalhando-se com todos, questões sobre a constante necessidade de utilização de estratégias para evitar as recaídas.

Especificidades do modelo: a introdução do Grupo Reflexão

O tratamento do tabagismo dentro do CAPSad René Ribeiro passou a acontecer, conforme descrito, com a realização de dois encontros semanais, totalizando oito a cada mês. A equipe, na pessoa da assistente social, continuou fazendo o grupo informativo, preconizado pelo modelo INCA, embora com maior liberdade de atuação, na medida em que vários dos PTS construídos nos atendimentos individuais com as TR, e que tinham como meta a redução de danos, também passaram a fazer parte do tratamento.

Obviamente, esses PTS visando à redução de danos e não a abstinência do cigarro precisam ser muito mais trabalhados no nível individual, no sentido de construir estratégias de

redução capazes de tornar a vida dos usuários mais saudável e equilibrada emocionalmente para lidar com o uso do cigarro.

Em geral, esses projetos são mais construídos com usuários com comorbidades psíquicas mais graves: depressão crônica, esquizofrenias e outras patologias mentais que, de fato, apontam para a dificuldade aumentada dessas pessoas de retirar o cigarro de suas vidas por completo, sobretudo, pela representação e lugar da droga na sua vida. Mesmo assim, estes fatores não impedem que este tipo de usuário venha a receber alta clínica, ao cumprir o tempo do tratamento e atingir suas metas.

Sobretudo, para estes casos, a introdução do Grupo Reflexão, coordenado por uma psicóloga, capaz de trabalhar a dependência emocional vinculada ao uso do cigarro, foi de fundamental importância.

Enquanto no grupo informativo se trabalha conteúdos relacionados à dependência da nicotina – tabagismo ativo, passivo, comorbidades, agravos à saúde pelo uso da substância, seus efeitos no sistema nervoso central – e às estratégias práticas para a redução de danos e/ou abstinência, o Grupo Reflexão propõe-se a abordar temas transversais à questão da dependência da nicotina, levando o usuário a pensar sobre sua vida, suas relações, seus sentimentos, conflitos, representações do cigarro, formas de utilização dele etc. Durante o

grupo, as pessoas são convidadas a se colocarem, a escutarem a opinião do outro e a elaborar formas possíveis de conviver com as suas dificuldades.

Nesse enfoque, o Grupo Reflexão propõe a desconstrução/reconstrução de conceitos, de valores, de questões existenciais relacionadas à vida/morte, aos ganhos/perdas, ao uso e cessação do uso de substâncias, aos sentimentos de culpa, de vergonha, de traição, de solidão, de desilusão, de independência, as prioridades na vida, procurando sensibilizar os usuários para a possibilidade de um novo olhar sobre si mesmo e, conseqüentemente, para o uso de formas diferentes.

As trocas de experiência entre os usuários contribuem para enriquecimento pessoal e fortalecimento emocional uma vez que os exemplos, as ambivalências, as dúvidas trazidas para o grupo, sensibilizam os participantes e contribuem para que repensem sobre sua vida, suas escolhas e as conseqüências delas, principalmente, relacionadas ao uso do cigarro.

A duração do Grupo Reflexão é de, aproximadamente, uma hora e meia, sendo este, na maioria das vezes, previamente organizado em relação aos temas trazidos para o grupo, de acordo com as demandas surgidas, inclusive, no grupo informativo. Contudo, há a flexibilidade para modificar a programação, de acordo com o que é apontado durante a realização do grupo, em situações específicas. Para trabalhar os

temas, são utilizados, como instrumentos e técnicas facilitadoras para o diálogo em grupo, textos, músicas, fábulas, jogos, recortes de jornal e, em alguns momentos, trabalhos expressivos com massa de modelar, desenhos a mão livre e colagem.

Dentre os diversos temas trabalhados, destacam-se: O que significa tratamento para mim?; Por onde começam as mudanças?; Que cara tem o cigarro?; O cigarro e eu, o que temos haver?; O que é autocontrole?; Como olho para minha vida?; Como enfrento as perdas e ganhos?; O que são hábitos, e como eles estão na minha vida?; Qual o lugar que dou ao cigarro em minha vida?; Como é viver sem o cigarro para mim?; Cigarro e respeito, o que tem haver?; Como cuidar de si mesmo?; Morrer é preciso?; Quando vem a vontade de fumar penso...; O que me ajuda a vencer a vontade de fumar?; O cigarro é uma ilusão?; No fundo, eu uso o cigarro porque eu gostaria de...; O cigarro, minha família e eu; O cigarro é companheiro? Dependência x independência; dentre tantos outros.

Dificuldades para a implementação de um novo modelo

O movimento de reconstrução do modelo de tratamento da dependência da nicotina para o CAPSad René Ribeiro enfrentou, na época, por volta de meados de 2006, algumas objeções por parte da CCTOFR.

O fato de ir de encontro aos conteúdos, formato e duração do tratamento proposto e em andamento em todos os CAPSad da cidade, naturalmente, fez emergir sensações desagradáveis na equipe de técnicos que vinha dialogando sobre a necessidade de transformações no modelo em vigor, visto que demandava muito trabalho e necessitava de apoio. Não foi fácil, para ambos os lados, receber as críticas e questionamentos, com vistas a se tornar flexível às mudanças que se propunham inovadoras, mas ao mesmo tempo transgressoras, por representarem uma cisão com o modelo proposto pela CCTOFR.

Naquele momento, embora diante da desaprovação de alguns itens propostos, o corpo gerencial do CAPSad René Ribeiro, com a concordância de toda a equipe técnica, assumiu a proposta de mudança elaborada em conjunto pelas técnicas coordenadoras do grupo de tabagismo, que passou a funcionar com um modelo clínico diferente dos outros CAPSad,

desde que as técnicas continuassem atendendo aos dispositivos burocráticos de acompanhamento do tratamento por parte da CCTOFRC e, conseqüentemente, do INCA, enviando, trimestralmente, os relatórios de monitoramento das ações realizadas, ações fundamentais para garantir a continuidade do recebimento das medicações para tratamento da dependência da nicotina (uma das diretrizes apontadas no novo modelo proposto pela equipe).

Apesar das discordâncias iniciais, durante as supervisões, a CCTOFRC recebia muito bem a equipe, ouvindo com respeito os relatos acerca da nova experiência que, com o passar dos anos, foi melhor compreendida e aceita.

Resultados obtidos e considerações finais

Apenas com a inserção do Grupo Reflexão, a equipe passou a observar, já de início, a queda significativa no número de abandonos do tratamento. Ao final dos encontros semanais, era visível o sentimento de satisfação dos usuários, que chegavam a expressar a importância do grupo em sua vida e a repercussão que aqueles momentos representavam diante de seu desejo de mudança.

De modo geral, todos os usuários participavam das discussões, quer trazendo situações que estavam vivenciando ou episódios já vividos anteriormente em relação a dependência da nicotina. Percebeu-se a construção de um processo de reflexão e troca de experiências sobre o tabagismo por parte dos usuários que, além de enriquecer a todos, favorecia o acolhimento e o apoio às pessoas que se encontravam mais fragilizadas, proporcionando maior segurança para que tentassem empreender mudanças em suas vidas.

A partir da implantação deste novo modelo de tratamento para a dependência da nicotina dentro do CAPSad René Ribeiro, a equipe contabilizou resultados muito mais positivos para os tabagistas, que ultrapassavam a lógica quantitativa do número de usuários que chagavam a abstinência, na medida em que um número significativo de pessoas tinham a oportunidade de repensar suas vidas, a partir do tratamento e de trocas mais solidárias, mediante escuta técnica diferenciada para as suas questões, que as levavam a passar a organizar melhor suas vidas, suas escolhas e as relações de dependência com as muitas substâncias que aparecem ao longo de suas existências.

Do tiro na lata ao tiro da lata: a resiliência de um usuário de crack

Cristiane de Holanda
Marcelo Ferreira Leite
Maria Lucia Freire
Ruth Bonow Theil
Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque

Resumo

O presente artigo tem como objetivo mostrar que um usuário de crack, para além do que prega a mídia em geral, pode, mediante boas intervenções e a força do desejo do sujeito de querer mudar, não só fazer uma redução de danos, mas provocar uma torção existencial no que tange a sua relação com a droga, saindo da condição de cidadão-usuário cuidado para cidadão-profissional cuidador e demonstrando, com isso, uma capacidade resiliente de um usuário que sai do “tiro na lata para o tiro da lata”.

Palavras chave: clínica do sujeito, empoderamento, resiliência, usuário de álcool e outras drogas.

Introdução

O caso NRC demonstra, de modo ratificador, que o sujeito usuário de drogas, para além do discurso que se tem sobre ele, para além das perdas conscientes e/ou inconscientes sofridas pelo mesmo, percebe no cuidador o primeiro e melhor “medicamento” que qualquer pessoa com problemas com drogas pode ter.

Os modos de afetividade no cuidado com o usuário de drogas pode inscrever e/ou despertar no mesmo o efeito da resiliência¹¹ como modo de ressignificar a sua própria maneira de existir.

84

¹¹Resiliência é a capacidade humana para enfrentar, vencer e ser fortalecido ou transformado por experiências de adversidade.

¹²A clínica do sujeito é uma clínica de co-responsabilidade na e pela qual é promovido o empoderamento do sujeito em relação ao seu próprio destino, onde o sujeito assume sem peso a responsabilidade de cuidar de si (LANCETTI, 2003).

É a capacidade de ressignificação que torna este caso raro, visto que o sujeito implicado faz uma torção em sua própria história, e sai da posição de cuidado para a posição de cuidador.

Hoje, na sua prática de Agente Redutor de Danos – ARD, a experiência como usuário de drogas vem facilitando, de modo catalisador, a sensibilização e o desejo de outras pessoas que passam situações que lhes são familiares, pois as experiências de perdas e sofrimentos estão “tatuadas” na “memória da pele” do referido caso.

É fácil detectar as perdas consequenciais dos usuários de drogas, mas, o caso aqui relatado demonstra que essas consequências não podem ou não deveriam finalizar a vida de um sujeito, como se este fosse vítima de um “enterro” em vida. Quando o cidadão, usuário de drogas, depara-se com um profissional comprometido com a clínica do sujeito¹², vemos que ele tende a sair da

da condição de usuário/doente para a condição de ser sujeito , autônomo, criativo etc.

Através dessa clínica do sujeito, opta-se por quebrar o estigma que esses cidadãos sofrem em consequência dos preconceitos, tabus, medos e marginalidade atribuídos a eles. Implicam-se, assim, os cuidadores da rede de atenção ao uso de álcool e outras drogas numa dimensão peculiar, que acredita na real potencialidade de mudança¹³ dos usuários de drogas.

Relato de Caso

O usuário NRC, 29 (vinte e nove) anos, é residente do bairro da Imbiribeira, cidade do Recife, que é considerado como uma localidade com perfil sócio-econômico de “classe média baixa”.

O usuário compareceu ao serviço no dia 23/07/2007 e, neste mesmo dia foi realizado seu primeiro atendimento. Na ocasião, informou ser usuário de múltiplas drogas – maconha, crack, inalantes, cocaína, nicotina e álcool – desde os 13 (treze) anos e, em relação à frequência do uso, disse que “(...) o uso do álcool leva ao uso de outras drogas” (sic).

Referiu que há 03 (três) anos optou pela abstinência das drogas, tendo ficado dois anos “limpo”. Teve uma recaída

e, após 01 (um) ano, nova recaída. Sofreu 07 (sete) internações psiquiátricas, sendo 06 (seis) delas em hospitais psiquiátricos e uma internação em um lar espírita. Relatou, ainda, que recaiu novamente devido a demissão do trabalho. NRC também afirmou que sua maior vulnerabilidade para o uso das drogas é o período da noite.

Em 25/07/2007, NRC retornou ao serviço, no qual foi realizada sua admissão na unidade de saúde Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad Professor José Lucena e, através da anamnese, na perspectiva da abordagem psicossocial, a equipe pôde colher alguns dados sobre o usuário. Destacamos que o mesmo é natural de Curitiba/ PR, sendo de uma prole de 05 (cinco) irmãos, dos quais 02 (dois) são adotados: NRC e AC (sua irmã). Sabe-se que NRC foi criado pelo pai até o falecimento deste, em decorrência de cardiopatia, e que residiu sozinho por um período de 08 (oito) meses antes do falecimento do genitor. NRC relatou ser da religião católica e ter estudado até o ensino médio, tendo como profissão vulcanizador. No momento da entrevista, encontra-

¹³Acreditamos na mudança a partir da perspectiva da redução de danos que aceita metas de curto, médio e longo prazo, metas consideradas “boas” e não apenas metas esperadas “ótimas”. A redução de danos como possibilidade do sujeito estabelecer uma relação diferente com a droga, mudando o seu comportamento frente à mesma (BRASIL, 2001).

va-se desempregado, mas relatou já ter tido sua carteira assinada, “(...) mesmo que por pouco tempo” (sic). Na mesma ocasião, negou patologias de ordem clínica.

No que se refere à infância, afirmou ter sido tranqüila e com bom relacionamento entre os irmãos. No período da adolescência, passou a estudar em escola pública e dedicou-se aos estudos, praticava diversos esportes (atletismo, natação, judô) e disse ter se desinteressado pelos mesmos com o uso das drogas.

Aos 15 (quinze) anos, começou a trabalhar informalmente exercendo atividades de pedreiro, mas também trabalhou na função de vulcanizador, na manutenção de indústrias e contabilidade.

Relatou o uso das substâncias psicoativas – SPA, como álcool, cocaína, nicotina, maconha, inalantes e crack, e repetiu ter iniciado o uso das mesmas aos 13 (treze) anos: “(...) e com 13 anos foi onde eu comecei a experimentar drogas ilícitas (...) Eu já fazia uso de drogas lícitas, no caso, por influência de amigos da comunidade” (sic). Diz já ter tentado parar várias vezes e que, como tratamento, já freqüentara grupos de auto-ajuda, como o Narcóticos Anônimos – NA e o Alcoólicos Anônimos – AA.

86

Após este momento da entrevista, foi discutido pela equipe do CAPSad o Projeto Terapêutico Singular – PTS e proposto o cuidado no período noturno, no qual NRC vinculou-se.

Nos registros do prontuário, encontramos algumas reflexões pertinentes, demonstrando um discurso articulado e coerente por parte de NRC. Por exemplo, há registro no que se refere à família: “(...) quando minha família quis me prender para eu não usar drogas eu me revoltei, saí de casa e passei a morar nas ruas” (sic). E há, ainda, referências de que a família contribuiu para o seu tratamento, na medida em que rompeu com preconceitos e conseguiu manter uma postura compreensiva e não autoritária.

Em virtude dele ter recaído no uso do crack, fazendo uso durante 15 (quinze) dias seguidos, foi proposto seu encaminhamento para a modalidade albergamento em uma das Casas do Meio do Caminho¹⁴ – CMC da Secretaria de Saúde do Recife, no caso, a CMC Antonio Nery Filho. Também foi necessário encaminhá-lo por duas vezes à Unidade de Desintoxicação –UD.

Ao nos debruçarmos sobre os relatos do período de sua estadia no albergue, percebemos que ele conseguiu manter o tratamento sem maiores intercorrências. Entendemos intercorrência como ações, atos e/ou situações que podem atrapalhar o tratamento do usuário. agnóstico o CID 19.2. Foi iniciado o uso de estabilizador de humor

¹⁴O Casas do Meio do Caminho – CMC são compreendidas como mais um serviço especializado na rede de atenção para o atendimento aos usuários de drogas. É importante referir que estes também são comumente chamados de Albergues Terapêuticos. São espaços terapêuticos protegidos das drogas, que funcionam como albergues 24 horas, e possuem um Programa Terapêutico com atividades multidisciplinares e abordagem biopsicossocial (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008).

Na avaliação psiquiátrica, foi constatada presença de sintomas leves de ansiedade e depressão, tendo o usuário como *die ansiolítico*. O curso do transtorno mostrou-se instável, com períodos de melhora e outros de piora da sintomatologia. Quando da exacerbação dos sintomas depressivos, foi associado antidepressivo. A medicação foi descontinuada com a melhora e estabilização do quadro.

Discussão

Como norte teórico, utilizamos o conceito *empowerment*. O mesmo tem origem como movimento nos Estados Unidos, no final da década de 70, e desde o fim dos anos 80, esta forma de intervenção começou a ser utilizado nas ciências sociais no Brasil. Parte do princípio de que os grupos marginalizados e discriminados na sociedade sofrem de uma falta de poder que os impede de lutar pelos seus direitos e usufruir dos benefícios econômicos e sociais, assim como, de participar das decisões políticas que interferem nas suas vidas. Para modificar esta situação é necessário que esses grupos aumentem as suas competências e seu poder (FAZENDA, 2001).

Empowerment pode ser denominado como “um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, que se traduz em um acréscimo de poder psicológico, sócio-cultural

e econômico que permite a estes sujeitos aumentar a eficácia do exercício da cidadania (FAZENDA, 2001: 163). Na abordagem, o poder provém de várias fontes sociais, econômicas, políticas e culturais, e pode ser gerado e disseminado através de várias interações sociais. Como forma de interação com dois sujeitos (*dominador/dominado*), esta configuração só pode ser alterada através de uma redistribuição de poder.

Ainda de acordo com Fazenda (2001), o poder é entendido como a capacidade e autoridade para influenciar o pensamento dos outros, ter acesso a recursos e bens, poder para tomar decisões e fazer escolhas, resistir ao poder dos outros se necessário. O processo de empowerment pretende desenvolver todos estes tipos de poder.

O movimento do empowerment sofreu várias influências de vários fatores e conceitos ao longo da história, entre eles, a expansão do conceito de cidadania, os movimentos de emancipação de grupos oprimidos, e também a questão trazida pela pedagogia do oprimido de Paulo Freire.

O empoderamento foi uma das expressões ricamente definidas por diversos autores. Alguns defendem que o conceito segue uma lógica diferente, pois a pessoa, o grupo ou a instituição empoderada é aquela que realiza, por si mesma, as mudanças e ações que o levam a evoluir e fortalecer. Assim, o empoderamento implica conquista, avanço e superação por

parte daquele que se empodera (sujeito ativo do processo), e não uma simples doação ou transferência por benemerência que transforma o sujeito em objeto passivo. O movimento e o significado especial da palavra empoderamento é o movimento que ocorre de fora para dentro, como empowerment, significando uma conquista. O mesmo permite que a pessoa tome controle de sua vida. Assim, para a transformação da consciência, exige-se empoderamento.

Partindo do relato e dos registros no prontuário do usuário, um dos eixos estruturantes foi a questão do trabalho, pois o usuário conseguiu realizar um movimento de mudança social, à medida que o mesmo se vinculou ao trabalho desde seu período de albergamento. NRC esteve em busca dos direitos trabalhistas e solicitou o INSS, o chamado benefício previdenciário, o auxílio-doença. O fato da recaída de NRC estar muito ligada ao caso do mesmo não ter um trabalho naquele momento, fez a equipe refletir sobre o conceito de empoderamento.

Neste contexto, Motta (2004) afirma que o trabalho é a essência do homem, pois é o meio pelo qual nos relacionamos com a natureza e a transformamos em bens, nos quais depositamos o valor. O trabalho é uma mercadoria, que possui um valor de uso e um valor de troca. Temos a sociedade dividida em duas classes, a classe dos capitalistas – detentores dos meios de produção – e a classe proletariado que, privados dos meios

de produção próprios, se vêem obrigados a vender sua força de trabalho para poder existir.

A divisão de classes do capitalismo permanece ainda hoje. Em Marx (1989), descobrimos que o trabalho não é uma atividade isolada. Através dele, nós entramos em contato uns com os outros e construímos uma relação de interesses. Segundo o autor, é no processo de produção e reprodução da vida, através do trabalho, que a principal atividade humana é dada. Através do trabalho constituímos nossa história social.

Ainda segundo Marx, a premissa de toda a história humana é a existência de homens vivos, e esta só está garantida a partir do momento em que o homem passa a garantir seus meios de existência. A autoconstrução de sua existência é dada pela mediação do trabalho. Também a vida implica a produção de idéias, representações, ou seja, consciência e subjetividade (razão, valores e sentimentos), e estes momentos estão ligados a atividade material.

Assim, a ausência do trabalho formal para NRC, pode ter colaborado para o uso mais intenso de drogas, vindo a ser um fator de exposição ao uso descontrolado. No que tange a capacidade do mesmo restabelecer-se e não desistir em reerguer, a equipe buscou no conceito da resiliência uma possível explicação.

Resiliência, em sua definição, é a capacidade humana para enfrentar, vencer e ser fortalecido ou transformado por experiências de adversidade. A princípio, os usuários chegam ao serviço desprovidos de uma organização biopsicossocial, somado ao desespero que acomete a muitos, principalmente, os familiares (MELILLO; OJEDA, 2005).

Nesse sentido, há um embricamento rizomático bastante produtivo entre os conceitos aqui trabalhados de empowerment e resiliência, pois o próprio serviço que deseja promover fatores de resiliência e ter condutas resilientes requer dos serviços e do cuidador diferentes estratégias de ação para promover este cuidado. É aqui que entendemos que a clínica peripatética, que é uma clínica do sujeito, fomenta a resiliência.

Considerações finais

A clínica do sujeito, que visa promover uma transformação na vida do dependente químico, com uma efetiva participação desse sujeito/cidadão, visando à retomada e crescimento de sua cidadania, tem que trabalhar com o intuito e o sentido de promover fatores resilientes no tratamento do dependente. Os fatores resilientes são organizados em quatro diferentes categorias, a saber: “eu tenho” (apoio); “eu sou” e “eu estou” (relativo ao desenvolvimento da força intrapsíquica); “eu posso” (aquisição de habilidades interpessoais e resolução de conflitos) (idem).

Todos esses fatores e categorias de resiliência são encontrados no caso de NRC, quando o mesmo, em tempos idos, dava “tiro na lata”, e hoje, com um conjunto de conhecimentos técnicos, somado a sua própria experiência de vida, no que tange ao uso abusivo de SPA, trabalhando como ARD, tira da lata muitos “outros NRC”.

As experiências de NRC mostram a história contemporânea, onde a vida e a potencialidade dos afetos e seus efeitos podem produzir muito mais em prol da vida de muitos, do que os efeitos produzidos pelas manchetes de todas as mídias com baixo cabedal informacional técnico em relação ao uso de SPA. As pessoas precisam ser vistas, ou melhor, precisam ser olhadas

para além da condição de números estatísticos. O que mostra que precisamos nos re-alfabetizar, no que tange às políticas sociais, e descobrir que políticas públicas, principalmente em saúde, também podem e devem ser feitas com afetos, sendo promotoras de resiliência.

Por fim, talvez, com este caso, possamos repensar que em vez de termos políticas de combate, precisamos ter políticas de cuidados; em vez de se vociferar leitos de internamentos, precisamos de políticas que compreendam a necessidade de mais espaços de cuidados, de tratamentos; em vez de termos políticas maquiadas de resolutivas e salvadoras, as quais afastam os dependentes de suas famílias, promovendo assim, uma “exclusão familiar”, precisamos de políticas que promovam uma revitalização dos vínculos familiares.

Também é importante considerar nas políticas públicas para a atenção ao uso de álcool e outras drogas a compreensão de que o usuário tem como eixo estruturante na sua vida a questão do trabalho. Foi através do mesmo que NRC pôde se reconhecer como sujeito histórico, onde as relações sociais passaram a surgir e se dar de modo mais concreto. Ele conseguiu ver-se e refletir a sua condição, tomando consciência e conseguindo transformar sua realidade através do trabalho.

Portanto, finalizamos com o pensamento da romancista Clarice Lispector: “A mais premente necessidade do ser humano, é a de ser humano”.

Compreendendo melhor os noiados: um relato de caso no campo da redução de danos

Marcio Soares
Renata Barreto de Almeida

Resumo

O presente relato de caso constitui uma tentativa de conhecer alguns comportamentos atribuídos a um tipo de usuário de crack, que se convencionou chamar de noiado. Este rótulo é usado, sobretudo, para caracterizar um grau mais elevado de dependência de alguns usuários de crack. Este caso retrata a experiência vivida por um agente redutor de danos – ARD e suas reflexões a partir do estigma que envolve esses usuários. No primeiro momento, percorre-se o uso cultural das drogas, seu contexto histórico e atual; depois, descreve-se a experiência vivida, em parceria com o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad e Casa do Meio do Caminho – CMC Professor Luiz Cerqueira, com um usuário de crack; e, finalmente, são tecidas reflexões acerca da complexidade e estigma que rodeiam o uso compulsivo do crack.

Palavras chave: crack, noiado, redutor de danos.

Introdução

Segundo Bucher (1992), o uso de drogas sempre esteve presente em todas as sociedades. Para o autor, cada período histórico produz suas drogas, que estão estritamente relacionadas ao modo de vida e valores cultivados pelos diversos grupos sociais. A relação com as drogas, desde a forma de produção, os efeitos buscados, modo de ingestão, motivações para o uso, sua sociabilidade etc., acompanha as mudanças sociais, políticas, econômicas e culturais.

De acordo com Almeida (1999), são vários os exemplos que podemos citar no que se refere ao consumo de drogas em nossa sociedade. O autor, citando o álcool, aponta este como uma das drogas mais antigas, utilizada em alguns rituais religiosos e, principalmente, em festividades sociais. O vinho já fez parte das refeições de operários. Os charutos e os cachimbos foram e, ainda hoje, são bastante freqüentes nos rituais de candomblé. A mascção ou o coquear da folha de coca é usada até hoje pelos povos

andinos como forma de diminuir a fome e o cansaço, decorrentes das grandes altitudes. Os índios sempre consumiram alucinógenos em seus rituais, com o objetivo de se comunicarem com as divindades e transcenderem. Manuscritos egípcios apontam que o ópio, em 6.000 a.C., era utilizado para diminuir o choro das crianças e no tratamento das diarreias. As anfetaminas, conhecidas como comprimidos da energia, foram intensamente consumidas por soldados durante a 1ª e 2ª guerras mundiais para combater o cansaço, a fome e o sono. No contexto militar, também podemos acrescentar o uso da morfina, utilizada contra dores físicas e nas mutilações. Podemos citar ainda a aplicação de substâncias entorpecentes em crianças, como a “benção de mãe”, bastante presente durante a Revolução Industrial. Nessa época, as mães precisavam trabalhar nas indústrias por longos períodos e recorriam a essa substância para acalmar seus filhos. No contexto esportivo, alguns atletas utilizam substâncias químicas, com o objetivo de aumentar seu desempenho.

No que se refere ao princípio ativo da cocaína, este vem sendo configurado de diversas formas, nas diferentes culturas, até chegarmos hoje ao crack. Segundo Domanico (2006), a folha da coca (*Erythroxylon coca*) vem sendo usada há milhares de anos na América do Sul, sendo geralmente mastigada junto com um produto de natureza alcalina, como cal, cinzas ou uma matéria produzida a partir de certos moluscos. Esta combinação ajuda na liberação da cocaína presente nas folhas e é de grande importância para a produção de seus efeitos psicoativos. Com a chegada do século XIX, o desenvolvimento da química e o aperfeiçoamento de seus métodos de pesquisa, foram isolados os princípios ativos de numerosas plantas psicoativas, possibilitando o desenvolvimento de novas drogas como a morfina (1803), a heroína (1859) e a própria cocaína (1859). Em 1883, esta última já era testada no exército alemão como estimulante para soldados nos campos de batalha. Após o reconhecimento das propriedades da cocaína pelos cientistas, ela passou a ser utilizada de diversas maneiras. Inicialmente, por injeção endovenosa ou por aspiração intranasal. Em seguida, outras formas de administração surgiram através de vinhos, pastilhas e unguentos, largamente comercializados por laboratórios farmacêuticos, principalmente de nacionalidade alemã, até finalmente, chegar ao crack.

94

Ainda segundo a autora, o nome crack, ao que tudo indica, se deve ao barulho provocado pela “queima” da pedra durante o seu uso. Mais do que isso, este subproduto da cocaína, representava, de fato, uma inovação da produção. Era uma maneira de

comercializar a cocaína, uma mercadoria cara e de prestígio, em pequenas unidades baratas.

Nos últimos anos, segundo Duailibi, Ribeiro e Laranjeira (2008), o aumento do consumo de crack se tornou um problema de saúde pública, e vários são os estudos para compreender melhor o uso atual dessa substância. De acordo com estes autores, os usuários de crack na comunidade, quando comparados aos usuários de cocaína intranasal, parecem possuir um padrão mais grave de consumo, maior envolvimento em atividades ilegais, maiores riscos de efeitos adversos ao uso, maior envolvimento em prostituição e mais chances de morar ou ter morado na rua. Além disso, têm mais problemas sociais e de saúde do que os usuários de cocaína intranasal. Contemporaneamente, o usuário de crack passou a figurar, também, entre aqueles com maior poder aquisitivo, apesar de ainda ser mais prevalente nas classes subalternas.

Relato de experiência

Com base no trabalho de campo desenvolvido pelo ARD lotado no CAPSad Professor Luiz Cerqueira e no relato do caso de PPSJ, 21 (vinte e um) anos, morador da comunidade dos Coelhos (cidade do Recife), busca-se compreender o universo do uso do crack, especificamente, tentando refletir sobre o que vem a ser o noiado, com base em que critérios um usuário de crack é assim definido. A ação do ARD vem sendo desenvolvida, desde 2005, nos bairros e comunidades do Distrito Sanitário I do Recife: Santo Antônio, São José (Coque), Boa Vista, Ilha do Leite, Soledade, Paissandu, Cabanga, Ilha Joana Bezerra, Santo Amaro, Coelhos, Recife Antigo (Comunidade do Pilar).

No trabalho de campo nas comunidades, frequentemente, encontra-se usuários de crack, que são chamados de noiados. As visitas realizadas aos usuários buscam sensibilizar, orientar ou encaminhar os usuários ao CAPSad e, quando estes interrompem o tratamento, as visitas ocorrem por indicação das Unidades de Saúde da Família – USF ou por indicação de parentes ou amigos, que já conhecem o trabalho de redução de danos – RD desenvolvido nas comunidades.

PPSJ é usuário de crack a cerca de 04 (quatro) anos, intercalando períodos de uso de mesclado (crack misturado

com maconha) e de crack fumado na lata. Ainda criança, PPSJ teve seu pai assassinado, provavelmente, pelo seu envolvimento com crimes de assalto, tráfico e homicídio. A mãe de PPSJ também já se envolveu com o tráfico, é alcoolista e vive embriagada pelas ruas dos Coelhos. PPSJ tem pouco ou nenhum contato com a mãe. A avó paterna, com cerca de 70 anos, é sua referência familiar, pois viveu com ela desde criança até muito recentemente (cerca de 10 – dez – meses atrás). PPSJ é morador das ruas e sua renda familiar é de um salário mínimo, oriundo da aposentadoria da avó.

A avó de PPSJ tomou conhecimento do trabalho do ARD a partir de um encaminhamento feito a outro usuário de crack nas proximidades de sua residência e, então, ela o procurou e solicitou uma visita ao seu neto, pois desejava um tratamento para que ele deixasse de usar drogas. Demonstrando desespero, ela afirmou que ele estava usando crack e fazendo dívidas para ela pagar com sua aposentadoria ou com as esmolas que recebia nas ruas do Recife. Na ocasião, a avó desabafou, informando que para pagar uma dívida de crack do neto junto a traficantes da área, vendeu seu “barraco” de alvenaria, com piso de cimento, em área plana, por R\$ 2.000,00 (dois mil reais). Após efetuar o pagamento da dívida, com a sobra do dinheiro, comprou um “barraco” de palafitas por R\$

500,00 (quinhentos reais), às margens do rio Capibaribe, onde foram realizadas as primeiras visitas de sensibilização a PPSJ. Este “barraco”, posteriormente, também teve de ser vendido para pagar novas dívidas de crack. Após este episódio, avó e neto passaram a viver em situação de rua, dormindo cobertos com pedaços de papelão, sob uma marquise de um estabelecimento comercial, localizado na frente do Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP.

Durante cerca de 06 (seis) meses, foram realizadas mais de 10 (dez) visitas, inclusive, utilizando veículo para facilitar a ida de PPSJ ao CAPSad, mas quase sempre ele era reativo ao tratamento, recusando-se a entrar no veículo, faltando às triagens e a outros tipos de atendimento. Quando ficou praticamente sozinho em Recife, motivou-se para o tratamento. Finalmente, em novembro de 2009, com o apoio da equipe do CAPSad e a parceria da equipe da CMC Celeste Aída, ele iniciou seu primeiro albergamento.

De acordo com as regras estabelecidas para albergamento nas CMC, são necessários alguns dias/semanas freqüentando os CAPSad nas modalidades intensivo ou semi-intensivo. Nos casos como o de PPSJ, podem ser abertas exceções, considerando as especificidades de cada caso, particularmente o uso compulsivo do crack e o alto grau de desestruturação do jovem. Como ele não teria condições de adaptar-se em um primeiro momento ao modelo de tratamen-

to aberto do CAPSad, onde o usuário volta para casa todos os dias à noite, foi avaliado com a equipe e indicado seu imediato albergamento. Na ocasião, PPSJ ficou apenas uma semana na CMC e pediu alta, pois não conseguia permanecer na instituição. De acordo com seus colegas de tratamento, estava “fissurado”. No momento de sua alta, em conversa por telefone com o ARD, afirmou que já estava bom, em condições de alta e que não queria dar continuidade ao tratamento no CAPSad. Em visita realizada dias depois da alta, PPSJ afirmou que não era mais noiado, mas que estava usando outras drogas como loló, maconha e cola de sapateiro. Ele parecia estar muito bem, com ganho de peso, higienizado, bem vestido e usando jóias. Após essa passagem pela CMC, PPSJ ficou até quase o final do primeiro semestre de 2010 sem usar crack.

Quando estava fazendo uso de crack, PPSJ andava sujo, parecendo um maltrapilho. Cerca de 02 (dois) meses após sua passagem pela CMC, estava vestido com “roupa de marca”, falava que estava muito bem e que continuava usando apenas maconha, loló e, às vezes, cola de sapateiro. Na ocasião, o ARD foi informado por outros usuários da área que PPSJ estava envolvido com o tráfico de crack, por isso estava “andando arrumado”, bem vestido, com jóias e dinheiro. A situação era intrigante, pois como seria possível um usuário como PPSJ, que perdeu a própria moradia por conta do uso de crack, ter as pedras em mãos e, ao invés de usá-las, vendê-las. Como ele próprio afirmou, não era mais noiado.

No entanto, no final de maio de 2010, PPSJ voltou a usar a crack e, mais uma vez, voltou a ser conhecido como noiado. Em julho de 2010, 02 (dois) meses depois, desesperado, procurou o CAPSad, dizendo que “noiou o bagulho dos caras” (sic). Ao invés de vender, fumou as pedras dos traficantes e estava com dívidas. Sem o apoio da avó para quitá-las, corria risco de morte, uma vez que havia acumulado dívida de mais de R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais) com traficantes.

Mais uma vez, foram feitos esforços para montar parceria entre as equipes do CAPSad e da CMC para imediato albergamento de PPSJ. Foi acordado que a entrada na CMC seria na segunda-feira, e que seria então acolhido, inicialmente, pela equipe do CAPSad. Mas este serviço não funciona no final de semana e PPSJ teria de ser acolhido no sábado e domingo pelo Centro de Referência de Acolhimento dos Usuários de Drogas – CRAUD, da Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania, do Governo do Estado de Pernambuco, localizado no bairro da Madalena, cidade do Recife. Apesar de todo esquema montado para acolhimento, PPSJ desapareceu da área que vivia. Provavelmente, foi deletado aos traficantes da área, precisando fugir, ou estava fazendo uso compulsivo do crack em alguma “boca de fumo”. Somente em setembro de 2010, ele voltou a ser visto por um usuário fazendo uma refeição no bairro de Santo Antonio, no centro do Recife; e, em outubro do mesmo ano, foi visto por uma profissional do CAPSad Professor Luiz Cerqueira nas proximidades da Avenida Caxangá,

zona oeste do Recife. Mas, desde então, não foi mais possível manter contato com ele.

PPSJ, assim como vários outros usuários de crack, no decorrer do uso da droga ganhou o rótulo de noiado, ou seja, usuário compulsivo de crack, com episódios de isolamento e de grande endividamento financeiro, forçando a venda de objetos pessoais e até mesmo da própria moradia a preços muito baixos para poder continuar o uso da droga. E, no que se refere a condições físicas, comumente, o noiado caracteriza-se pelo abandono do cuidado com a higiene pessoal, perda excessiva de peso em curto espaço de tempo e abandono das demais atividades do cotidiano.

A partir da reflexão sobre a história de vida, atitudes, práticas e valores de PPSJ, ou melhor, atribuídos a ele, é possível compreender melhor alguns elementos constitutivos de uma suposta identidade do que se configura como noiado. Frequentemente, para o senso comum, os usuários de crack são chamados de noiados por assumirem determinadas características: uso abusivo de crack e desestruturação física, psíquica e social. Neste sentido, é como se nem todos que usam a pedra fossem noiados, mas apenas os que usam de forma compulsiva e sem qualquer controle. Não existem somente usuários compulsivos de crack, os noiados, mas também os que conseguem fazer o uso controlado da droga, sem necessariamente adquirir o padrão compulsivo.

Assim, este estigma de noiado aparece apenas para os usuários compulsivos.

O termo noiado já foi até tema de música, “Brega dos Noiados”, com letra dos MC’s Anjinha e Mago. Um dos trechos da música diz: “Quando você ‘noiou’ e o bagulho acabou, ele roubou o motel e foi parar no COTEL”. Claramente, faz-se uma associação do uso do crack que leva à “nóia” e, posteriormente, à prática de delitos que resultam em prisão no Centro de Observação Criminológica e Triagem Professor Everardo Luna – COTEL. Para as pessoas que conviviam com PPSJ e que o viram pelo crack vender de tudo (eletrodomésticos, alimentos, roupas, produtos de higiene e beleza) até ficar em situação de rua com sua avó, ele é um exemplo cabal do que seria o noiado.

Evidentemente, um único relato não se constitui em amostragem para conhecer todas as práticas do “personagem” noiado. Mas, mostra que há um “conjunto de comportamentos específicos” que são atribuídos apenas aos usuários compulsivos e não a todos que usam crack. Um ex-usuário de crack fez a seguinte afirmativa: “noiado é o cara que tem a cabeça fraca. Eu usava crack, mas nem sempre. Quando vi que estava usando muito, tendo prejuízos, eu parei.” Para este ex-usuário, se ele continuasse a atender à compulsão, teria virado um noiado. PPSJ estava em um nível de uso de crack onde podiam ser observadas todas as características que constroem

os argumentos para explicar o rótulo de noiado. Argumento reforçado até pelo próprio PPSJ, quando ficou alguns meses sem usar o crack e rejeitou o rótulo de noiado, ainda que estivesse usando outras drogas.

Considerações finais

Como ARD, percebe-se que os noiados são aqueles tidos como “perigosos”, capazes de “tudo” sob efeito do crack para conseguir usar a droga. Fissurados pelo desejo de usarem mais, freqüentemente são executados pela estreita relação entre tráfico e violência. A associação direta do uso de drogas, particularmente o crack, com situações de violência possibilita a construção de mais estigmas sobre elas e seus usuários. Como os noiados fazem suas escolhas, que relações estruturam com o crack? O usuário de crack, chamado noiado, transcende os limites da razão e do prazer. É um desafio compreendê-los. No relato do caso, há pouco ou nenhum espaço para discorrer sobre busca de alternativas de prazer, de satisfação, de sonhos, de desejos para além do crack. O uso compulsivo de crack pelo noiado, muitas vezes, impede a realização de qualquer sonho, a concretização de qualquer desejo. A droga, o crack, tem um espaço exclusivo na vida desses usuários. Como intervir? Como poder ajudar sem os perder de vista? Continuaremos conversando...

**Artes, diálogos e uso de drogas:
um relato de experiência sobre redução
de danos**

Cynthia L. Damasio da Silva
Flávia Oliveira Costa
Pollyanna Pimentel

Introdução

O uso abusivo de substâncias psicoativas – SPA encontra-se associado a problemas que envolvem aspectos biológicos, psicológicos e sociais no indivíduo. Esta situação evidencia a necessidade de atuações intersetoriais entre várias áreas governamentais e sociedade.

A capital pernambucana, Recife, tem uma área de 220 Km², ficando sua população em torno de 1.503.000 habitantes, sendo que dois terços vivem em condições de pobreza. A cidade exibe a convivência de seus habitantes correspondendo a 43% da população da Região Metropolitana, que congrega 14 municípios. A cidade de Recife possui 94 bairros, divididos em 06 (seis) regiões político-administrativas – RPA, expressando na sua configuração físico-territorial as diferenças provocadas pelo quadro sócio-econômico que se consolidou ao longo de sua história (IBGE, 2010).

No presente trabalho, apresentamos um relato de experiência dos Agentes Redutores de Danos – ARD do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad Vicente Araújo sobre as estratégias para uma ação intersetorial entre a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Assistência Social, através do Instituto de Assistência Social e Cidadania – IASC. Para tal, descrevemos as características do problema e do percurso adotado para o desenvolvimento das atividades pela equipe multiprofissional e evidenciamos os aspectos práticos e relevantes deste processo.

Descrição do problema

O Bairro da Encruzilhada faz parte dos 18 bairros que compõe a RPA 02 da cidade do Recife (ver Foto 01). A população residente é de, aproximadamente, 9.348 habitantes (idem). Algumas áreas circunvizinhas ao Mercado da Encruzilhada e da Praça do Caminhoneiro possuem um número significativo de moradores de rua, que apresentam comportamentos de risco. Muitos são usuários de múltiplas drogas, podendo adquirir doenças, sofrer danos físicos e mentais, decorrentes deste uso. Diante deste contexto, O IASC¹⁵ articulou-se com o CAPSad Vicente Araújo¹⁶, para a construção de uma intervenção conjunta com os moradores de rua.



Foto 01 – Imagem do Bairro da Encruzilhada

A demanda discutida, inicialmente, pelo CAPSad e o IASC foi o atendimento aos moradores de rua. No entanto, por questões operacionais e de agendas, pactuou-se que os ARD¹⁷ desenvolveriam uma ação com os alunos do Projeto Arte em Vime que apresentavam características semelhantes com alguns moradores de rua.

No Mercado da Encruzilhada, o IASC desenvolve oficinas vinculadas ao supracitado projeto, tendo por objetivos: oportunizar a inclusão social de adultos e adolescentes, a partir de 16 anos, em situação de rua; promover a criação de grupos solidários para geração de renda (auto-sustentação); melhorar a qualidade de vida do público-alvo.

Tal projeto funciona desde 2003, das 07h às 15:30h, com uma carga horária total de 768h por ano. O perfil dos alunos são pessoas em vulnerabilidade social, com o uso de drogas prejudicial encaminhadas pelos seguintes órgãos: Serviço de Educação Social de Rua; Secretaria de Saúde Muni-

¹⁵O IASC, desde 2003, desenvolve ações e presta serviços direcionados ao resgate de direitos da população em maior grau de exclusão e vulnerabilidade social no município.

¹⁶O CAPSad Vicente Araújo é um serviço especializado do Sistema Único de Saúde – SUS, que visa o atendimento aos usuários de drogas do DS II da cidade do Recife.

¹⁷O trabalho do ARD se desenvolve através de atividades de prevenção e de promoção do exercício da cidadania do usuário, em parceria com uma rede inter-setorial, que inclui educação, saúde, esporte, lazer, entre outros. Este profissional direciona sua ação para as populações usuárias de drogas.

cipal; Casa de Semi liberdade – CASEM da Fundação de Atendimento Sócio-Educativo de Pernambuco – FUNASE; Casas de Acolhida Temporária do IASC; Gerência de Emergência Social e demanda espontânea.

Descrição da situação prática

Para minimizar o problema do uso de drogas dos alunos que fazem parte do Projeto Arte em Vime, as equipes do IASC e do CAPSad Vicente Araújo realizam vários encontros e reuniões, que dividimos em dois momentos. No primeiro momento, discutimos a estratégia de abertura de campo para intervenção em conjunto das equipes, definimos o início das atividades, visitamos o Núcleo de Proteção Social do IASC – no Mercado da Encruzilhada, abordamos as pessoas em situação de rua e usuárias de drogas encontradas na área circunvizinha ao Mercado da Encruzilhada e Praça do Caminhoneiro. No segundo momento, apresentamos a equipe de ARD e discutimos a proposta de atividades junto aos alunos do Projeto Arte em Vime, identificamos o perfil do grupo e definimos, coletivamente, as temáticas a serem abordadas, acordando, ainda, o melhor dia para o encontro.

102

A partir disso, foram realizados grupos de redução de danos com abordagem sobre álcool, fumo e outras drogas, além de outros temas associados, visando a melhoria da con-

dição de vida, como mais um instrumento de inclusão social e permanência dos alunos no projeto. A intervenção foi realizada por um período de 01 (um) ano, de junho de 2009 a julho de 2010, contando com, aproximadamente, 10 (dez) alunos por oficina. A equipe de ARD esteve diretamente envolvida com as atividades, mas para organização e articulação, contou com a participação de 06 (seis) profissionais do IASC¹⁸ e 02 (dois) profissionais do CAPSad¹⁹.

As oficinas eram realizadas nas quintas-feiras, porque a frequência de alunos era maior e, também, era compatível com o horário da equipe de ARD no serviço. A carga horária semanal era 1h30. Inicialmente, as oficinas ocorriam quinzenalmente, mas devido às outras atividades e agendas dos ARD no território, alguns meses depois, os encontros passaram a ser mensais. Em alguns meses, houve a dificuldade de realização das oficinas.

A frequência no número de oficinas desanimou um pouco os alunos, havendo um pequeno distanciamento entre estes e a equipe de ARD. O que desencadeou uma diminuição do envolvimento dos alunos durante as oficinas, levando, as-

¹⁸ Ivania Tenório Barros (Educadora Social), João Lucas Meireles Franco (Auxiliar Administrativo), Maria Bernadete Ferreira (Educadora Social), Maria das Graças Feitosa Lindoso (Gerente Operacional), Osana Teodoro (Educadora Social) e Rivaldo Ferreira (Educador Social).

¹⁹ Ivana Magaly L. A. Carvalheira (Gerente Clínica) e Magda S. F. de Araújo (Gerente Administrativa).

sim, à redução do compartilhamento das histórias de vida. Outra questão problemática se referiu à rotatividade dos participantes, pois aconteceu, em alguns momentos, de estarem presentes alunos que desconheciam as propostas dos ARD e era necessário tomar tempo da oficina para fazer as devidas explicações.

Para preparação de cada oficina, a equipe de ARD precisou de dedicação de cerca de 06 (seis) horas. Utilizou-se computador, internet, impressora, papel e caneta. No momento da montagem, procurou-se trabalhar com materiais simples e de fácil aquisição no almoxarifado, pois alguns materiais são escassos na rede da Secretaria de Saúde do Recife, especialmente, quando se precisa para atividades pedagógicas.

Para desenvolver as atividades em conjunto com os alunos, utilizou-se papel, lápis grafite, lápis de cor, lápis de cera, tesouras, cola, revistas e jornais, figuras, panfletos, cartazes, dentre outros. As técnicas utilizadas foram: elaboração de desenhos; criação de frases (que incluíram tanto os alunos alfabetizados como analfabetos) (ver anexo); recortes e colagem de revistas; interpretação de figuras, construção de cartazes. A idéia era ilustrar os questionamentos e as abordagens em grupo.

O objetivo principal do uso dessas técnicas era criar um ambiente propício ao diálogo aberto e sem preconceitos

sobre as questões relacionadas ao uso das drogas. Os ARD procuraram fazer, ainda, dinâmicas de integração com os conteúdos propostos, para aumentar o interesse e a participação dos alunos durante as oficinas.

No término de cada oficina, os alunos escolhiam os temas a serem trabalhados no próximo encontro. Durante o projeto, foram trabalhados os seguintes conteúdos:

Nº	TEMA DAS OFICINAS
1	Conceito e classificação das drogas
2	Sexo e drogas / Comemoração do São João
3	Redução de danos no uso do Ecstasy
4	Como se inicia o uso de drogas?
5	Efeitos do crack
6	Sintomas de abstinência
7	Reflexão dos pontos altos e baixos do ano 2009 e as expectativas para o ano de 2010
8	Redução de danos no Carnaval
9	A droga crack
10	Medicação associada ao uso de álcool e outras drogas
11	Solventes / Comemoração do São João
12	Acesso aos serviços de saúde

Para abordagem dos temas referentes às drogas, abordaram-se os seguintes aspectos: informações sobre a composição da drogas, maneiras de administração da droga, efeitos esperados com o uso da droga, comprometimento clínico e social decorrente do uso problemático ou dependen-

te da droga, relação da droga com o indivíduo e a sociedade, dicas e estratégias de redução de danos.

De forma transversal, relacionou-se o uso de drogas com o contexto da drogadição, trabalhando-se sexo, diversão, busca do prazer e da felicidade, sociabilização, medicação, unidades de saúde e de proteção social, o auto-cuidado, a reflexão e a responsabilização de cada um quanto ao rumo da própria vida e das suas escolhas, entre outros.

No transcorrer das oficinas, os alunos interrompiam o discurso para tirar dúvidas, fazer algum comentário e/ou observação e relatar as experiências de vida pessoal e de pessoas conhecidas.

Além destas oficinas, ocorreram outros tipos de atividades com alunos no Mercado da Encruzilhada, como panfletagem, onde os alunos foram os agentes multiplicadores das estratégias de redução de danos sobre o álcool, fumo e outras drogas, e participação em algumas atividades comemorativas do IASC.

No desenvolvimento das oficinas, os educadores sociais e a gerência do Núcleo de Proteção Social do IASC perceberam que poderiam trabalhar a responsabilização dos alunos em relação à presença, participação e permanência no Projeto Arte em Vime. A equipe de ARD, nos momentos das oficinas, davam dicas de redução de danos, para que eles se mantivessem no projeto, mesmo fazendo o uso de drogas.

Revisão de literatura

O conceito de redução de danos se refere a estratégias que minimizam os danos associados ao consumo de SPA. As primeiras ações formais de redução de danos datam de 1926, na Inglaterra, quando da prescrição de opiáceos por profissionais de saúde, como objetivo de possibilitar ao usuário desta droga uma vida “mais estável e mais útil à sociedade”. A partir da prescrição, reconhecia-se que poderia minimizar os efeitos danosos à saúde dos indivíduos envolvidos com a droga (QUEIROZ, 2001).

As estratégias de redução de danos têm evoluído, buscando acompanhar as mudanças que ocorreram ao longo do tempo e, apesar de ainda não ser uma estratégia amplamente aceita no mundo, têm conquistado cada vez mais espaços que visam dar conta dos problemas associados ao uso abusivo de drogas.

No Brasil, a redução de danos vem sendo desenvolvida desde o início da década de 90 e tem alcançado resultados positivos, comparáveis aos encontrados em outras partes do mundo como Austrália, Estados Unidos da América e vários países da Europa (SENAD; SENASP, 2006).

O atual cenário brasileiro do uso de drogas vem experimentando alterações no padrão de uso, mantendo o uso

de drogas tradicionais como a maconha, de drogas psicofarmacológicas vendidas sem controle e de inalantes, bem como, apresentando o crescimento do uso de outras drogas ilícitas, com é o caso do crack, que vem se tornando um problema emergente de saúde pública. No tocante da saúde pública, para a área de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde apresenta como perspectiva de intervenção a estratégia de redução de danos, que visa minimizar as conseqüências associadas ao uso dessas substâncias.

Neste contexto, a redução de danos procura entender a pessoa e sua relação com a droga, compreendendo que a vulnerabilidade não é só individual, mas também coletiva e socialmente construída (idem). Decorrente disso, é fato que muitas pessoas fazem e continuarão fazendo uso de SPA, e que alguns usarão drogas de maneira prejudicial para si mesmos e para suas redes sociais.

Nessa perspectiva, cabe ao ARD ensinar estratégias de consumir drogas com responsabilidade, assim como, ensinar a não consumir, de acordo com a forma como as pessoas se colocam em relação à sua demanda. Para os que não usam drogas, os ARD devem oferecer informações e apoio para que possam defender sua escolha e tornarem-se multiplicadores de informações.

Para as pessoas que precisam de ajuda, os ARD devem facilitar-lhes o acesso a espaços de informação, orientação e tratamento, conforme apontam os movimentos da redução de danos nas experiências desenvolvidas no mundo (CONTE, 2004). Desta forma, qualquer profissional pode utilizar a redução de danos como uma educação para a autonomia, avaliando a relação indivíduo/droga e revendo as diferentes possibilidades de ação educativa (NARDI; RIGONI, 2005).

Relato pessoal da experiência

Ao desenvolver uma ação integrada na área de dependência química, reconhece-se a necessidade de cada ser humano em se completar, superar a angústia da transitoriedade de vida, observa-se a importância de buscar o prazer pela vida. Embora tais necessidades existam em qualquer indivíduo, independente do uso de drogas, geralmente estas questões ficam um pouco mais evidentes nos usuários de drogas.

O ARD acaba por vivenciar, pessoalmente, o mesmo que oferece no seu trabalho, mudando, muitas vezes, seus pensamentos e revendo seus conceitos e ações, estimulando à autocrítica e o conhecimento do outro como sujeito de direito.

Ao trabalhar com a estratégia de redução de danos, percebe-se a necessidade de acreditar na autonomia possível do sujeito, estimular o desejo de melhoria da qualidade de vida e avaliar, em conjunto com os usuários, os riscos individuais e coletivos decorrentes do uso de drogas, para incentivar a mudança na relação estabelecida entre o indivíduo e o consumo. Assim, pode-se dizer que o trabalho do ARD estimula o profissional a exercer seu papel de cidadão, como também, a inquietação de buscar o crescimento pessoal e profissional e o interesse no envolvimento em ações nas comunidades.

Discussão e considerações finais

A demanda inicial para atividades de redução de danos foi trabalhar com os moradores de rua presentes no Mercado da Encruzilhada e na Praça do Caminhoneiro. Devido à dificuldade de atuação dos ARD com os moradores de rua e à busca do trabalho em parceria com o IASC, priorizou-se trabalhar com os alunos do Projeto Arte em Vime.

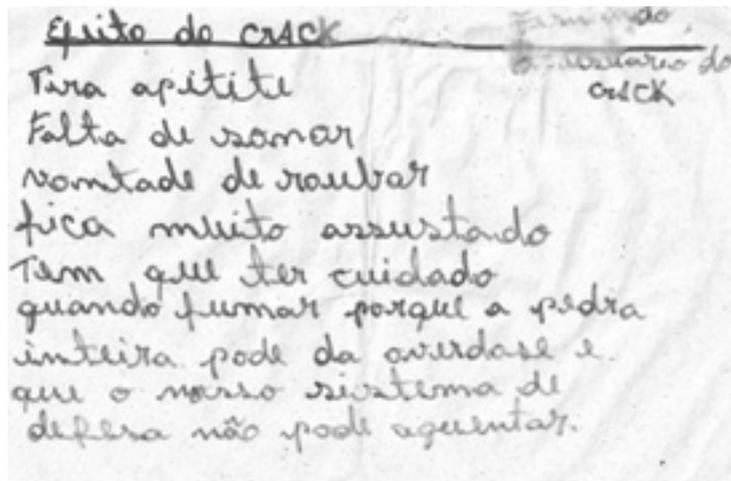
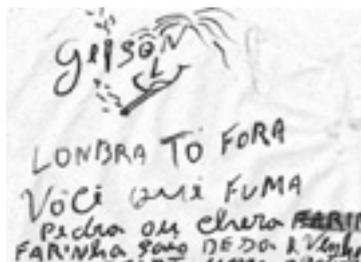
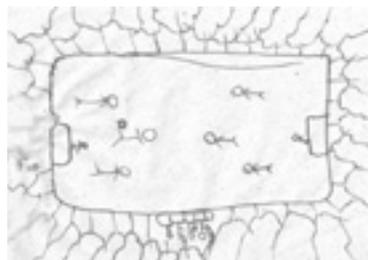
Embora tenha havido mudanças com o público alvo, a experiência de atuar intersetorialmente vem sendo bastante valiosa, considerando o aprendizado mútuo entre a saúde, a assistência social e o público envolvido.

A maior dificuldade encontrada durante a parceria foi a manutenção da frequência com que os encontros aconteceram, devido ao aumento da demanda do território para atividades da equipe de ARD e a incipiente quantidade de profissionais no CAPSad Vicente Araújo. Apesar disso, procurou-se adaptar a situação, otimizando o tempo dos encontros com os grupos, as dinâmicas para discutir temas atuais e contextualizados, com uma linguagem acessível. Embora haja um esforço por parte das equipes do IASC e do CAPSad em melhorar a qualidade do atendimento, ambas as instituições reconhecem que o público necessita de encontros mais frequentes, devido à vulnerabilidade em que eles se encontram.

Por fim, para nós, a redução de danos estende-se como responsabilidade social, da cidadania e dos direitos humanos, servindo como ponte entre o sujeito e o laço social do qual parece apartado. Para a construção desta “ponte”, é preciso estar à disposição para escutar quem está envolvido com o uso de drogas, possibilitando o reconhecimento da função que esta tem em sua vida.

Trabalhos elaborados nas oficinas com os alunos do Projeto Arte em Vime

As figuras representam o cotidiano, o conhecimento e o desejo de alguns dos alunos. Foi uma forma didática de fazer com que todos se expresassem, independente de serem alfabetizados ou não.



Fotos 1 e 2 – Associação entre a bola do futebol e a “bola” do uso da maconha, prática comum a eles.

Foto 3 – “Lombra, estou fora. Você que fuma pedra ou cheira farinha, saia dessa e venha curtir uma gatinha”.

Foto 4 – Associação entre o uso da maconha e o relaxamento, a “paz”. Desejo da liberação legal do uso da maconha.

Foto 5 – “Efeito do crack: tira o apetite; falta de sono; vontade de roubar; fica muito assustado; tem que ter cuidado quando fumar porque a pedra inteira pode dar overdose e que o nosso sistema de defesa pode não agüentar”.

A importância da intersetorialidade na política de álcool e outras drogas: reflexões críticas

Elida Maria do Nascimento
Maria do Socorro Furtado Bastos
Sayonara Queiroz Coelho
Galba Taciana Sarmento Vieira
Soraya Araújo Uchoa Cavalcanti

Resumo

Este trabalho foi desenvolvido a partir da proposta lançada pela Escola de Redução de Danos, consistindo em um relato, a partir da análise do caso de Daniel, que traz reflexões críticas sobre a questão da importância da intersetorialidade na Política de Álcool e outras Drogas, perpassando pelas discussões sobre Redução de Danos. Este emergiu das intervenções territoriais das Agentes de Redução de Danos – ARD do Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Álcool e outras Drogas – CPTRA, o qual está vinculado ao Programa +Vida da Prefeitura da Cidade do Recife.

Palavras- chave: intersetorialidade, Política de Álcool e outras Drogas, redução de danos.

Introdução

Este trabalho foi desenvolvido a partir da proposta lançada pela Escola de Redutores de Danos, projeto do Ministério da Saúde – MS em parceria com a Secretaria de Saúde da Cidade do Recife – Programa + Vida, o Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco – DSS/UFPE e o Grupo de Estudos sobre Álcool e outras Drogas – GEAD.

110 Somada a necessidade de unir a teoria à prática, no que concerne a proposta vigente do Sistema Único de Saúde – SUS para com o modelo de atenção integral a pessoa que faz uso de álcool e outras drogas, este relato de caso parte da atuação das agentes redutores de danos – ARD no território do Distrito Sanitário III, da Região Metropolitana do Recife – Estado de Pernambuco, cujo Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad de referência é o Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Álcool e Outras Drogas – CPTRA.

O Distrito Sanitário III da cidade do Recife conta com uma população de 270 (duzentos e setenta) mil habitantes, distribuída por 29 (vinte e nove) bairros que são agrupados em cinco territórios de saúde (IBGE, 2010). Este distrito apresenta características peculiares que variam desde áreas bastante urbanizadas até aquelas com características semi-rurais. Não diferente de outras localidades, o consumo de álcool e outras drogas é elevado nesta região.

Dentre os vários casos acompanhados pelas ARD do CPTRA está o do jovem Daniel, nome fictício dado a um rapaz cuja identidade será preservada neste estudo, que faz uso de drogas desde a adolescência e difere dos demais em razão do uso abusivo de substância psicoativa - SPA pouco utilizada nos dias atuais, o Artane. Além desse fator, não menos intrigante, soma-se à condução que foi dada ao seu atendimento, fato que nos leva a refletir sobre várias questões ligadas a atenção e ao cuidado às pessoas que usam álcool e outras drogas na atualidade.

O caso Daniel representa um desafio aos profissionais que prestam serviços nos vários equipamentos e dispositivos que compõem a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, estimulando, assim, a discussão da clínica neste contexto.

Relato de caso

Daniel, 19 anos, solteiro, reside com a genitora no bairro de Dois Irmãos – Região Metropolitana do Recife, mas transita pelas casas dos avôs paternos e maternos, que moram próximos. Não tem bom relacionamento com o genitor. Tem um irmão por parte de mãe e uma irmã por parte de pai. Não concluiu o ensino fundamental, abandonando os estudos antes de concluir o 8º ano. Nunca trabalhou formal ou informalmente.

É usuário de múltiplas drogas, tendo iniciado com o uso de cola aos 12 (doze) anos de idade. Já fez uso de cocaína, há mais ou menos dois anos. Atualmente, faz uso esporádico de álcool e loló, sendo o Artane e a maconha as drogas de uso abusivo. Não refere uso do crack, entretanto o comercializa juntamente com a maconha. Nas palavras de Daniel, a prática de comercialização destas substâncias psicoativas está relacionada ao fato de “ter dívidas ligadas ao seu consumo e ser um negócio rentável economicamente”.

No tocante ao comportamento, queixa-se de ser estressado, além de apresentar sentimentos de angústia, tristeza, e ter interrupções freqüentes no sono noturno. Neste sentido, relatos familiares apontam dificuldades em lidar com Daniel, sobretudo nos períodos de uso abusivo de drogas, e também em razão das múltiplas conseqüências associadas ao comércio de substâncias psicoativas que faz na comunidade.

A trajetória do caso de Daniel iniciou-se quando a genitora procurou o CPTRA para dar apoio ao filho, temendo por sua saúde e pelas perseguições de traficantes e policiais. Após solicitação da mesma, foi realizada uma visita pela redutora de danos e psicóloga do CAPSad a sua residência. Neste momento, procurou-se sensibilizar o usuário para as questões ligadas ao cuidado com a sua saúde, incluindo estratégias de redução de danos, clarificando os seus direitos e a proposta de tratamento ofertada pelo CPTRA, sendo realizado ainda o convite para que conhecesse a instituição. Nesta ocasião, Daniel teria demonstrado interesse em ir ao serviço.

Após período de confusão e angústia, o rapaz apresentou desejo de morrer e referiu: “Não agüento mais essa vida” (sic). Solicitou junto a sua família ajuda médica e apoio medicamentoso. Diante desta necessidade urgente de atendimento em uma unidade de saúde, e pelo fato do CPTRA estar sem médico naquele momento, foi encaminhado para atendimento emergencial em hospital psiquiátrico. Mesmo inseguro, ele aceitou

o encaminhamento, sendo acompanhado pela mãe, avó materna, avó paterna e ARD.

Ao ser atendido na emergência psiquiátrica pública, não foi diagnosticado nenhum transtorno mental, entretanto, ao tomar conhecimento de complicação clínica que Daniel apresentava (sangramento no estômago), a médica decidiu mantê-lo internado na instituição para realização de exames. Neste momento, sem querer ali permanecer e demonstrando imensa preocupação com suas dívidas de drogas, apresentou agitação psicomotora, fez ameaças verbais à família, sendo contido e medicado. Após 02 (dois) dias da internação, recebeu visita de familiares, inclusive do seu pai. E, depois de 04 (quatro) dias de permanência na emergência psiquiátrica, recebeu alta hospitalar, mesmo sem ter realizado exames que auxiliassem o esclarecimento do quadro clínico.

Logo após sua alta, Daniel teve seu primeiro contato com o CPTRA, comparecendo ao serviço de forma espontânea, verbalizando sua intenção em não mais fazer uso de drogas. Duas semanas após esta visita, Daniel retornou ao CPTRA e queixou-se de mal-estar fisiológico e psíquico. Em diálogo informal, disse que em caso de admissão no serviço, optaria pelo horário matutino, colocando sua indisponibilidade de permanecer o dia todo em tratamento. Neste momento, foi chamado ao atendimento individual com técnico do serviço, com posterior encaminhamento ao Grupo de Acolhimento, o qual funciona como um espaço

preparatório para a admissão em uma das modalidades de tratamento. Compareceu algumas vezes a este grupo, porém, pelo fato da admissão não ter ocorrido de modo imediato, Daniel terminou por não mais retornar.

Discussão

O caso em questão nos remete a pensarmos a Reforma Psiquiátrica brasileira, ainda em curso, e conseqüentemente a atenção e o cuidado disponibilizados às pessoas portadoras de transtornos mentais, incluindo os usuários de álcool e outras drogas que sofrem por transtornos associados ao seu consumo abusivo (CRUZ, 2010).

A Reforma Psiquiátrica brasileira tem seu marco legal com a aprovação da Lei nº 10.216 de abril de 2001, oriunda do Projeto de Lei nº 3.657 de autoria de um dos protagonistas da Luta Antimanicomial, Paulo Delgado. O seu percurso já fala por si. Passou 12 (doze) anos tramitando pelo Congresso e foi aprovada em substitutivo, com alterações importantes. O movimento da Reforma Psiquiátrica tem seu início atrelado à Reforma Sanitária, tomando proporções mais abrangentes e peculiares em prol de uma visão de tratamento mais humanizado e individualizado, desencadeados por profissionais, usuários, familiares, Organizações Não-Governamentais – ONG's, dentre outros, contra o modelo hospitalocêntrico que segrega, violenta e despersonaliza o su-

jeito, sendo fortalecida com a Constituição Brasileira de 1988 que cria o Sistema Único de Saúde – SUS e, posteriormente, com a Lei 8.080 de 1990 (MACHADO, 2010).

Com a evidência do olhar dos poderes públicos para a questão da assistência aos usuários do álcool e outras drogas, o Movimento prossegue e acontece a III Conferência de Saúde Mental em 2001. A preocupação com o atendimento integral, humanizado, com equipe multiprofissional e capacitada é enfatizada para uma completa atenção e cuidado a que essas pessoas têm direito e, em 2002, o Ministério da Saúde edita a Portaria que cria o Programa Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Está implantada a rede com os serviços substitutivos, territorializados, dando ênfase a intersetorialidade, ao controle social, aos Programas de Saúde da Família e Programas de Agentes Comunitários de Saúde e sendo permeados pelas Estratégias de Redução de Danos. O CAPSad tem, assim, lugar estratégico de cuidado e articulação com a rede para a devida atenção integral e diversificada aos usuários da sua área adscrita (BRASIL, 2004).

Neste contexto, os usuários de álcool e outras drogas passam a ser respeitados como sujeitos de necessidades, desejos e direitos e que precisam de apoio singular no campo da saúde mental com profissionais qualificados tecnicamente.

No entanto, a experiência vivenciada pelo usuário Daniel denota alguns entraves na assistência a usuários de drogas que buscam atendimento em unidades de saúde que não são especializadas para o tratamento de dependência química. Ocorre que, em muitos casos, estas pessoas sofrem processos estigmatizantes no atendimento dos serviços de saúde pública, sendo visualizadas apenas sob a perspectiva do uso de drogas, não recebendo atenção integral. Por outro lado, os CAPSad também possuem limitações ao lidar com o acompanhamento de usuários que, para além da dependência química, apresentam outros transtornos psíquicos associados.

A fragilidade na intersetorialidade de políticas públicas no tocante a assistência a Daniel é algo relevante. A história de vida deste jovem em relação ao uso de drogas, desde o período da adolescência, revela a ausência de comunicação entre as diversas políticas públicas, na saúde, educação, assistência, cultura, lazer, dentre outras.

É perceptível que por se organizarem cada uma em sua rede própria de instituições, as políticas terminam por se caracterizarem como setoriais e desarticuladas, deixando prevalecer práticas nas diversas áreas, principalmente a social, que não geram a promoção humana (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008).

No ponto de vista da atenção á Saúde, a abordagem de Redução de Danos junto a Daniel, vem oferecer cuidado considerando sua singularidade e suas escolhas feitas, conforme a política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

A partir de uma prática que promova o acesso dos usuários de droga aos serviços de saúde, cujos direitos são constitucionalmente assegurados, a estratégia de redução de danos visa diminuir as consequências adversas do consumo de drogas, considerando que o tratamento da dependência química não está necessariamente ligado a abstinência, mas que venha a ser delineado de acordo com as possibilidades singulares de cada um, os quais devem ser acolhidos conforme suas condições (BRASÍLIA, 2008).

Cabe salientar que o município do Recife criou o cargo de ARD na seleção pública de 2008. Estes desenvolvem suas atividades em consonância com as diretrizes do Programa + Vida que, por sua vez, atua de acordo com a Política Nacional de Álcool e outras Drogas, constituindo uma rede especializada, que funciona integrada às unidades do Programa de Saúde da Família – PSF e possui 06 (seis) Centros de Apoio Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad, 03 (três) Casas do Meio do Caminho para a hospedagem de adultos, uma unidade de desintoxicação e 01 (um) centro de referência para mulheres.

Para tanto, o primeiro contato com Daniel vem promover o acesso ao CAPSad que antes era desconhecido, sendo feitas conexões entre a média complexidade e a atenção básica através do trabalho dos ARD. Embora esses equipamentos devessem funcionar em rede, conforme citado anteriormente, este caso chega ao CPTRA por solicitação da genitora de Daniel, fato que nos faz refletir sobre uma rede onde algumas tramas estão mal tecidas ou com falhas.

Pode-se dizer que, apesar da pouca adesão de Daniel as estratégias de não uso de drogas, a proposta de redução de danos foi positiva em seu acompanhamento porque conseguiu sensibilizá-lo quanto à necessidade de cuidados com a sua saúde, além do vínculo estabelecido, assegurando o respeito a sua condição e as suas escolhas.

Considerações finais

O que fica visível no caso de Daniel é a necessidade de intensificação do trabalho intersetorial entre os vários serviços da rede e seus profissionais para o melhor atendimento a população. Pois que é direito de todos o atendimento integral, respeitando as singularidades de cada sujeito nas instituições de saúde. Neste sentido, a dependência química tem no CAPSad o atendimento especializado, no entanto, a complexidade da questão exige um processo de articulação eficiente com outros serviços. Por fim, registra-se que, até os dias atuais, Daniel continua recebendo acompanhamento dos ARD e demais técnicos do CPTRA.

Por uma travessia sobre as pedras: um estudo de caso no CAPSad Eulâmpio Cordeiro

Aldo Luís Farias
Priscilla Tainah Sá A. Lira
Vaneschka de Almeida Cipriano
Roberta Uchôa

CA tem 29 (vinte e nove) anos, é do sexo masculino, solteiro e mora com a mãe no bairro do Cordeiro, cidade do Recife. Ele é filho único, não conheceu o pai e foi criado pela mãe e por seus avós maternos, tendo o avô como sua referência paterna. A mãe possui transtorno mental e é usuária do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Espaço Vida. Mãe e filho foram referenciados ao Programa de Saúde da Família – PSF Caiara, do Distrito Sanitário IV, também da cidade do Recife.

C.A. possui dois filhos com mulheres diferentes. Curvou até a 5ª série do ensino fundamental II e refere que, quando estudava, era um bom aluno. É artesão e trabalha com materiais coletados na natureza, como alpaca, miçangas e outras peças artesanais, que transforma em bijuterias, abajures, luminárias e outros artigos de decoração. Ele já realizou trabalho voluntário, ensinando sua arte a crianças da comunidade. Durante a semana, trabalha na oficina de artesanato de um amigo, onde prepara suas peças, no período diurno. À noite, ajuda este amigo a vender espetinhos. Para CA, este amigo é uma pessoa que se constitui em uma referência positiva.

CA afirma sentir-se “preso” e que gostaria de viver “livre”, morando em uma praia do litoral sul e tocando violão e percussão. Lembra que, desde adolescente, gostava de acampar nas praias e que se sente um “bicho solto”.

CA começou a usar drogas ainda na adolescência. Das drogas lícitas, álcool e tabaco, rapidamente passou às ilícitas (loló e maconha), mas somente adulto iniciou o uso de benzodiazepínicos, cocaína e crack. Ele afirma que o crack foi a droga que lhe trouxe mais prejuízos sociais, afetivos e financeiros. A história de uso de drogas por CA pode ser resumida da seguinte forma: 1) aos 12 (doze) anos, experimentou álcool (cerveja), aos 13 (treze) anos, começou a usar esta droga de forma freqüente e, aos 15 (quinze) anos, fazia uso abusivo, o que o fez mudar de comportamento em relação aos estudos, desinteressando-se e passando a preferir “uma vida boa”, cercado pelos amigos e com um violão; 2) aos 12 (doze) anos, iniciou o uso de cigarros e, já aos 15 (quinze) anos, fumava diariamente; 3) aos 14 (quatorze) anos, usou maconha pela primeira vez e, aos 15 (quinze) anos, iniciou uso diário, tendo mantido este padrão de uso até se tornar dependente de crack, quando deixou de gostar de fumar maconha; 4) aos 15 (quinze) anos, começou o uso freqüente de cola e outros tipos de solventes e, por cerca de 02 (dois) anos, manteve este padrão de uso dessas drogas; 5) aos 26 (vinte e seis) anos, experimentou cocaína, fazendo uso desta droga apenas esporadicamente; 6) aos 26 (vinte e seis) anos, iniciou o uso de crack e, nos primeiros meses, conseguiu manter o uso sob controle: “à noite, ao chegar em casa, tomava banho, jantava, deitava no cantinho do quarto e dava um tiro (...) aí, ficava viajando, curtindo a lombra, para depois dar outro tiro sem alvoroço, sem pressa” (sic). Este padrão de uso não durou pouco tem-

po, pois relata que, após alguns meses, perdeu o controle e passou a usar até “amanhecer o dia”. Para conter a fissura do crack e conseguir dormir, voltou a usar a maconha e fez uso de medicações como *diazepam* e *fenegan*.

Na primeira visita de CA ao CAPSad Eulâmpio Cordeiro, a técnica/assistente social responsável pelo seu acolhimento realizou entrevista de admissão e fez a indicação de albergamento, tendo sido o usuário encaminhado à Casa do Meio do Caminho – CMC Celeste Aída. Na ocasião, CA demonstrou motivação para o tratamento e levou material para trabalhar com artesanato no serviço. Apesar disto e de manter bom relacionamento com os outros hóspedes e com a equipe de trabalho, permaneceu apenas 02 (dois) dias na CMC. CA teve dificuldades em realizar o tratamento em local fechado e pediu alta. Ele foi orientado a retornar ao CAPSad Eulâmpio Cordeiro, mas não voltou a esta unidade de saúde. Na ocasião, a técnica que realizou o primeiro acolhimento de CA mobilizou os agentes redutores de danos – ARD do CAPSad para realizar visita domiciliar e verificar os motivos que levaram o usuário a não dar continuidade ao tratamento.

118 Os ARD, ao realizar a visita domiciliar, encontraram as portas escancaradas, e a casa parecia estar desocupada. A casa era escura, suja e sem móveis. Os ARD demoraram a ser recebidos por CA que, quando apareceu, estava com aspecto de cansaço e descuidado com sua higiene pessoal. Ele informou

que dormia a 02 (dois) dias consecutivos, induzido por medicação “controlada” dada por sua mãe. Os ARD, então, iniciaram a abordagem falando dos riscos aos quais CA estava se expondo, possíveis motivações para aquele comportamento e sobre as alternativas de tratamento no CAPSad e na CMC. No decorrer da conversa, CA pediu licença, levantou-se e foi tomar um banho. Ao retornar, abriu as janelas e iniciou uma reflexão sobre sua situação e possíveis cuidados que poderia adotar. Desde o início, ficou evidente para os ARD que CA não voltaria àquelas unidades de saúde. Neste sentido, os ARD acordaram com CA acompanhamento e orientação sobre estratégias de redução de danos – RD no território, através de visitas domiciliares sistêmicas. Esta estratégia, a curto prazo, parecia ser o mínimo possível para iniciar a formação de vínculo.

Na medida em que as visitas domiciliares foram sendo realizadas, os ARD acordaram o seguinte projeto terapêutico singular – PTS com CA: 1) a sistemática de acompanhamento seria através de visitas domiciliares pelos ARD, uma vez por semana, em dias aleatórios, e atendimento individual no CAPSad com a assistente social, para orientação sobre suas diversas demandas sociais (acesso a crédito financeiro e montagem do próprio negócio) e com médico clínico e/ou psiquiatra, para acesso a medicação adequada às suas necessidades; 2) quanto ao projeto de vida, inicialmente, CA providenciaria a emissão de 2ª via de vários documentos (Carteira de Identidade, Cadastro de Pessoa Física – CPF, Título de Eleitor, Carteira de Reservista,

entre outros) e buscaria orientação sobre como obter crédito para montar sua própria oficina de artesanato, com maquinário próprio; e, 3) quanto ao uso de drogas, como CA referia querer manter-se em abstinência exclusivamente do crack, mas em uso das demais drogas, foi orientado para evitar locais de risco e, sobretudo, não mais fazer de sua residência um local de consumo de crack com outros usuários.

Os ARD têm mantido contatos sistemáticos com CA, aprofundando vínculos e estimulando-o no seu PTS. As mudanças, apesar de lentas, estão aos poucos acontecendo, sobretudo, no que se refere ao uso de crack. CA continua fazendo uso de crack, freqüentando locais de risco e bebendo, por vezes, de forma abusiva, o que lhe aguça a fissura pelo crack. Contudo, o uso de crack tem sido cada vez mais esporádico – a cada duas ou três semanas, faz uso de três ou quatro pedras. Ele afirma que sua casa não é mais ponto de consumo da droga; que está em abstinência de cocaína; que está freqüentando mais a oficina e se dedicando mais ao trabalho para evitar situações de risco; e, que quando bate a fissura do crack, está optando pelo uso de maconha. CA refere que quando faz uso do álcool, moderadamente, sente-se mais relaxado, que está usando cerca de uma carteira de cigarros por dia e que está fazendo uso diário de maconha para aliviar a fissura da droga.

Por causa da diminuição da freqüência de uso do crack, CA está podendo manter uma melhor relação e dar uma

maior assistência à mãe, inclusive, realizando algumas atividades de lazer com ela, como uma recente viagem para acampar no litoral sul de Pernambuco. Do ponto de vista financeiro, quando ganha algum dinheiro, procura comprar coisas úteis, como uma televisão, uma bicicleta e roupas. E, finalmente, tem apresentado maiores cuidados com a higiene pessoal e organização do lar. Mais recentemente, CA compareceu ao CAPSad, fez nova triagem e iniciou participação em grupo terapêutico.

A estratégia de abordagem no território, pautada na RD com foco no sujeito e nas suas demandas, respeitando seu direito de escolha no que se refere a seu corpo, seus desejos e seu modo de viver, demonstrou ser a mais adequada para a construção de vínculo com CA. Dentre as facilidades encontradas para o desenvolvimento dessa estratégia, destacam-se: 1) o interesse e a identificação do usuário com a proposta de RD; 2) o vínculo de confiança formado com os ARD; 3) o acompanhamento do usuário no território onde habita, mantendo relações e vínculos estabelecidos junto à família e à comunidade; e, 4) a postura acessível, crítica e ativa do usuário, refletindo sobre o seu modo de vida e procurando construir alternativas de uso de drogas de forma menos danosa.

Quando a droga é o foco, o sujeito não aparece. Logo, é necessário envolver-se com o usuário no seu processo de autoconhecimento, na percepção de si como protagonista de

sua história, no contato com seus sentimentos, com suas necessidades e seus desejos. Apesar das dificuldades encontradas, sobretudo, no que se refere à reduzida equipe de ARD do CAPSad Eulâmpio Cordeiro para atender à grande demanda de usuários de drogas no território, as propostas de ação devem ter como ponto de partida a reflexão crítica sobre a complexidade da vida social e seus reflexos nas subjetividades dos indivíduos. Por uma travessia sobre as pedras, faz-se necessária a reflexão desde as condições de vida do usuário até a ação com foco no sujeito e dentro de suas possibilidades.

Redução de danos no São João do Recife: relato de experiência

Suane Maria da Silva
Soraya Araújo Uchoa Cavalcanti
Galba Taciana Sarmento Vieira

Resumo

O modelo de Redução de Danos – RD traz uma nova perspectiva de tratamento aos usuários de drogas, sobretudo no campo da prevenção em saúde. A cidade do Recife, através da Coordenação do Programa + Vida, vem realizando ações de RD durante os festejos juninos. Este relato de experiência tem como objetivo refletir sobre o trabalho de promoção e prevenção em saúde no São João da cidade do Recife, tendo como base a proposta de RD. Neste contexto, traz as contribuições das intervenções realizadas pelos Agentes Redutores de Danos – ARD do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad Professor René Ribeiro, ocorridas nos festejos juninos do ano de 2010, especificamente, nos pólos do Arsenal, da rua Tomazina e do Sítio da Trindade, os quais são pontos turísticos com grande circulação de público. A estratégia utilizada para promover a aproximação com as pessoas foi a distribuição de preservativos masculino e feminino. Além da importância do uso da camisinha nas relações sexuais, orientações como o cuidado no consumo de bebidas alcoólicas e uso de maconha também foram elencadas. A experiência mostrou-se eficiente, necessitando de um incentivo maior do poder público através da capacitação de profissionais e fornecimento dos insumos utilizados neste tipo de intervenção.

Palavras-chave: prevenção, redução de danos, saúde.

Introdução

A proposta de Redução de Danos – RD, implementada pelo Programa + Vida da Secretaria de Saúde do Recife, foi o instrumental utilizado para ampliar o trabalho de prevenção na saúde no São João deste município no ano de 2010. Para isso, foram convocados Agentes Redutores de Danos – ARD, assim como os do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad Professor René Ribeiro, que tinham como “passaporte” para aproximarem-se da população preservativos masculino e feminino. As intervenções aconteceram em pontos turísticos e de grande fluxo de pessoas. Os espaços foram os pólos do Arsenal, da rua Tomazina e do Sítio da Trindade.

O trabalho constou da distribuição de preservativos e abriu espaço para as ações de RD, que são mais que prevenção, se constituindo em promoção de saúde através de medidas orientadas ao aumento do bem-estar geral, focando

o indivíduo holisticamente para que tenha um estilo de vida mais saudável (MOREIRA; SILVEIRA; ANDREOLI, 2006).

A RD encontra amparo na Política Nacional sobre Drogas, resultado do realinhamento da Política Nacional Antidrogas, que passa a diferenciar usuário, pessoas em uso indevido, dependente e traficante. Com isso, as medidas de atenção em saúde propostas pela RD tornam-se específicas para cada público, oferecendo informações, insumos de proteção ao HIV/AIDS, além dos serviços de assistência social e saúde. Cabe também salientar que as ações devem acontecer nos espaços públicos, sem que sejam esquecidas as peculiaridades locais e da população, uma vez que é imprescindível a aculturação das intervenções (BRASIL, 2005). As ações no São João do Recife são um bom exemplo da importância do lugar e aculturação, pois a festividade foi transformada em oportunidade para cuidar-se da saúde da população.

A política de drogas é voltada para a saúde, propondo minimizar os prejuízos de ordem biológica, social e econômica quanto ao consumo das mesmas, pautando-se no respeito ao sujeito e no seu direito de usá-las (MOREIRA; SILVEIRA; ANDREOLI, 2006). Ela foca-se nas causas dos riscos e possíveis consequências do uso de drogas, além de beneficiar os drogaditos, familiares e comunidade (INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION, 2010). E foi pensando em levar esses benefícios que os ARD lançaram mão de uma abordagem centrada em orientações que possibilitassem um “cuidar” da saúde em pleno festejo junino.

Dessa forma, a RD auxilia a implementar as intervenções promotoras e preventivas em saúde (FEFFERMANN; FIGUEIREDO, 2006), como as do São João do Recife. Tais intervenções são de baixo custo, fácil implementação e alto impacto na saúde individual e coletiva, devendo considerar as desigualdades, como de idade e gênero (INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION, 2010). Assim, os ARD, com a entrega de camisinhas, que é um insumo inerente à saúde pública, e com uma linguagem “jovial” e sem preconceitos, levaram proteção de forma direta – individual – e indireta – por meio desse indivíduo – a sociedade.

124

A proposta de RD tem conseguido resgatar o drogadito para a vida social, quando até há pouco tempo o sujeito encontrava-se esquecido pelo poder público, que o enxergava de forma condenatória (DIÁRIO DO NORDESTE, 2009).

Relato de experiência

A ação de RD no São João do Recife teve como lugar os pólos do Arsenal, da rua Tomazina e do Sítio da Trindade, sendo realizada por um grupo 07 (sete) ARD que se dividiram, de acordo com o dia, em duplas e subgrupos de três ou quatro pessoas, procurando informar e orientar as pessoas sobre o cuidado com o uso de preservativos, a ingestão de bebidas alcoólicas, e até com a compra de cigarros de maconha. O público foi receptivo, variando em grau de acordo com o pólo. Houve quem estivesse disponível para uma conversa e outros para os quais a entrega do material era a única ação possível.

Nos pólos do Arsenal e da rua Tomazina, considerados “alternativos”, pode-se dizer que os públicos eram de classes sociais economicamente mais favorecidas. Apesar disso, esses públicos diferenciavam-se na disponibilidade para a intervenção. No Arsenal, o público não se interessava muito pelas orientações, recebendo a camisinha sempre com algum comportamento de “pressa”. Já na rua Tomazina, as pessoas dispunham-se não só a receber o preservativo, mas também para uma rápida ou, até mesmo, longa conversa. Esse comportamento destacou-se, pois essas pessoas, em sua maioria, eram embaladas pela música eletrônica, que tinha como coadjuvante o consumo de maconha, crack e loló, e mesmo assim paravam para a intervenção, mostrando-se interessadas e surpresas, sendo em grande parte desinformadas sobre as propostas de RD.

O feedback revelou-se através de perguntas sobre a proposta de trabalho, se o material era gratuito, havendo até quem parabenizasse pela iniciativa. Um ponto importante foi o respeito dispensado aos ARD que, mesmo trabalhando questões que ainda são tabus, drogas e sexualidade, foram bem recepcionados. Vale salientar o bom humor do público, que sempre tinha uma brincadeira, ajudando a quebrar o “gelo” que esses temas suscitam.

No pólo do Sítio da Trindade, as pessoas pouco se dispunham à ação, recebendo o preservativo sem oportunizar aos ARD a realização de maiores intervenções. Por outro lado, um aspecto positivo desse espaço foi o fato de algumas mulheres terem despertado o desejo de experimentar a camisinha feminina. Outra peculiaridade foi a presença de uma equipe de DST/AIDS, vinculada à Secretaria de Saúde do Recife, que fazia a entrega de preservativos masculino e feminino. O entrave analisado é que embora a intervenção realizada por esta equipe fosse relevante, muitas vezes o trabalho tornava-se repetitivo para o público, pois os ARD também estavam fazendo a entrega de camisinhas.

Quanto ao material utilizado nas intervenções, os preservativos, o seu fornecimento foi suficiente para a realização das ações. A nível institucional, as dificuldades pairaram na disponibilidade do transporte, posto que, além dos ARD, havia um grupo de teatro que circulava nos pólos, aumentando, as-

sim, a demanda de trabalhadores que precisavam retornar para casa, o que, de certa forma, trazia cansaço e desgaste físico para o desempenho das atividades.

A proposta do Programa + Vida era a de terminar os trabalhos de RD no São João do Recife no pólo do Pátio de São Pedro. No entanto, os trabalhos não foram desenvolvidos neste espaço porque o material (camisinhas) não foi disponibilizado.

Discussão e considerações finais

A saúde, enquanto direito social universal e dever do Estado, está assegurada pela Constituição Federal de 1988. Nesse contexto, é suma importância o modelo de RD, no âmbito da Política de Álcool e outras Drogas, na medida em que visa proporcionar uma vida mais qualitativa aos usuários desta política. Dessa forma, emerge como uma das estratégias de intervenção na complexidade do tratamento da dependência química, tendo como base o respeito às singularidades do sujeito.

É fundamental que experiências como a mencionada neste trabalho sejam contínuas e anualmente ampliadas, para que uma parcela cada vez maior da população seja contemplada. Entendemos que a escolha dos lugares para a execução

desse tipo de intervenção, bem como a disposição dos ARD em cada pólo cultural do município deve ser mais criteriosa, evitando acontecer os mesmos fatos de 2010, onde existiam espaços com um número expressivo desses profissionais, ao passo que outros pólos ficavam desprovidos de maiores intervenções pelo déficit de recursos humanos. Um exemplo concreto é o Sítio da Trindade, onde existiam equipes de DST/AIDS e ARD, enquanto na Arsenal e na rua Tomazina, a ação não ocorreu de forma mais intensiva pelo reduzido número de ARD.

A experiência do São João do Recife, salvo alguns entraves, pode ser considerada positiva, revelando que a população que estava nas festividades juninas nos pólos onde se deram as ações estava receptiva às reflexões sobre RD, apesar de algumas pessoas demonstrarem atitudes de pouca paciência a escuta das orientações. Cabe ao poder público continuar investindo anualmente neste tipo de ações, incluindo a qualificação e capacitação de profissionais para tal fim, haja vista que tratam de aspectos relativos à prevenção no uso de drogas, oportunizando, também, o acesso a informações sobre os serviços de saúde.

**A participação dos dispositivos
comunitários como estratégia
de redução de danos em Centros de
Atenção Psicossocial para Álcool e
outras Drogas – CAPSad**

Clebes dos Ramos Silva
Antônio Sebastião de Oliveira
Ritta de Cássia Pantaleão
Juliana Lins

Resumo

Este artigo é produto das atividades do Projeto de Extensão Escola de Redutores de Danos do SUS, parceria conveniada entre o Ministério da Saúde – MS, a Secretaria de Saúde do Recife – SES e o Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco – DSS/UFPE, que faz parte do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas – PEAD. O objetivo deste trabalho é ressaltar a importância dos Dispositivos Comunitários – DC²⁰ na ampliação das estratégias de Redução de Danos para usuários do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad Professor José Lucena, bem como, estabelecer sua relação com as propostas da Clínica Ampliada e dos Projetos Terapêuticos Singulares – PTS. Não obstante, também faz parte do nosso intento fazer uma pequena análise crítica e propositiva sobre a inclusão dos DC na Rede de Atenção à Saúde e de algumas alternativas para se chegar até eles.

Palavras-Chave: Clínica Ampliada, Dispositivos Comunitários, Projeto Terapêutico Singular, Redução de Danos.

128

²⁰Para este artigo, não utilizaremos um conceito específico referente ao que chamamos aqui de DC, muito embora o leitor deva compreendê-los como instituições governamentais e não-governamentais que desenvolvem atividades em qualquer área com os moradores da comunidade a qual estão vinculados/instalados, assim, podem ser considerados como tal: escolas, centros esportivos, associações e conselhos de moradores, academias da cidade, Organizações Não Governamentais – ONG, dentre outros.

Introdução

Considerando a necessidade de se trabalhar a problemática do uso de drogas em articulação com a comunidade, destacaremos neste trabalho a importância dos Dispositivos Comunitários – DC na construção de redes sociais e articulação entre pessoas, na perspectiva de ampliação dos espaços terapêuticos e, sobretudo, dos ambientes de promoção de saúde e bem-estar social. Trataremos, aqui, da relevância referente às diretrizes preconizadas pela Clínica/Estratégias de Redução de Danos e Clínica Ampliada em relação à inclusão dos DC nos Projetos Terapêuticos Singulares – PTS das pessoas que fazem uso de Substâncias Psicoativas – SPA e que estão em tratamento em Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad.

Compreendemos que os sujeitos precisam dos mais variados espaços de convivência para exercer suas singularidades, portanto, é necessário criarmos estratégias de aproxi-

mação dos CAPSad a outras instituições que realizam atividades nos bairros junto aos seus moradores. Sendo assim, este artigo se baseou nos relatos e análises de uma experiência vivenciada pelos Agentes Redutores de Danos – ARD do CAPSad José Lucena, que consistiu na tentativa de construir uma rede social no bairro do Pina, na cidade do Recife/PE, com o intuito de criar espaços de diálogo com vários atores sociais sobre a questão do uso de drogas e as possibilidades de acolhimento/tratamento dos usuários.

Para cumprir com tal intento, foram realizadas entrevistas-diálogo com representantes de 08 (oito) instituições, visando traçar um perfil das missões e ações destinadas à população em geral e, mais especificamente, aos usuários de drogas. Este contato proporcionou uma relação de troca de informações e conhecimentos acerca da dependência química e, sobretudo, a respeito de como os DC podem contribuir no

processo de tratamento dos usuários dos CAPSad. Não obstante, buscamos compreender as formas particulares com que a comunidade em questão lida com os seus moradores usuários de drogas e quais os espaços sociais que eles ocupam.

Dispositivos Comunitários como estratégia de redução dos danos sociais ligados ao uso de drogas

A redução de danos surgiu da necessidade de reconhecer que, por diversos motivos, várias pessoas não abandonarão o uso de drogas, seja porque elas não desejam, seja porque, em determinado momento, não consigam ou não devam alcançar a abstinência. Devemos entendê-la como uma clínica e também como uma política que resguarda a autonomia dos sujeitos. E, na perspectiva deste olhar sobre o uso de drogas, se produziram vários avanços no tocante à terapêutica, bem como, na relação dos profissionais de saúde com os usuários de drogas.

130

Dentre os seus vários conceitos, podemos destacar a redução de danos como uma política de saúde que se propõe a reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indi-

víduo no seu direito de consumir drogas (ANDRADE; FRIEDMAN, 2006). Avançando neste conceito, podemos concebê-la, também, como estratégia de uso na tentativa de rebaixar os agravos físico-orgânicos e sociais, difundindo procedimentos menos nocivos de uso de SPA, além criar condutas de cuidado e prevenção, tanto para os profissionais que lidam com esta demanda, como para os próprios usuários de drogas.

Na tentativa de expandir ainda mais as possibilidades do uso de estratégias de redução de danos, precisamos entender como os DC podem ser úteis para usuários de um CAPSad, tratando de forma mais ampla a clínica da redução de danos, visto que, para alcançarmos resultados positivos com o uso desta perspectiva, é necessário lidar com os sujeitos em sua completude. Estão, reduzir danos por consequência de uso de SPA está para além dos cuidados com o corpo biológico/orgânico e perpassa por outros tipos de cuidados ligados ao campo social.

Seguindo esta assertiva, enfatizamos que as práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta a diversidade dos sujeitos; devem acolher, sem julgamentos, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado e o que deve ser feito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). É prudente anexar às estratégias de redução de danos informações que digam respeito à inserção de pessoas

em outras atividades nas quais elas possam sentir prazer, contudo, sem exigir delas a abstinência.

É justo reconhecer cada usuário em sua singularidade, traçar com ele estratégias e questões voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos, também, que a redução de danos significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, o estabelecimento de vínculos com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (*idem*).

Entendemos que os DC podem assumir este papel de co-responsabilidade na terapêutica dos usuários de drogas, abrindo as portas para que eles possam se beneficiar com suas atividades. Os danos sociais podem ser potencialmente reduzidos se existir um fluxo desses sujeitos nos espaços que promovem inclusão social. Precisamos difundir a noção de que um usuário de crack, por exemplo, pode exercer todo e qualquer tipo de atividade, basta respeitarmos suas potencialidades e não agirmos sobre a égide do preconceito.

O conhecimento adquirido e os diálogos produzidos nesses DC podem provocar mudanças positivas frente ao auto-cuidado dos usuários de drogas. Isso pode acarretar, tam-

bém, uma saudável aproximação de pessoas que não fazem uso de SPA com este público, gerando uma relação de parceria pautada no cuidado mútuo. Esta alternativa corrobora com o fato de que não devemos restringir os sujeitos às suas condutas de uso de drogas, para além disso, eles são cidadãos e todos os seus direitos devem ser preservados e defendidos dentro e fora dessas instituições.

A redução de danos trabalha estimulando a criação de vínculos pessoais e institucionais, portanto, usar os DC na tentativa de minimizar os agravos sociais do público em discussão é reconhecê-los como potenciais estratégias de redução de danos.

Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular e sua relação com os Dispositivos Comunitários

Pensar a clínica e as intervenções terapêuticas para usuários de SPA sempre se constituiu num enorme desafio para os profissionais que trabalham direta ou indiretamente com este público. Devido à alta complexidade desse fenômeno, que perpassa as esferas psíquico-orgânica, sócio-cultural e política²¹, diversas abordagens de tratamento são oferecidas nos mais variados espaços públicos e privados que lidam com a problemática da drogadição, com o intuito de ampliar as possibilidades de engajamento dos sujeitos no seu processo de tratamento.

Esse fator torna-se necessário para potencializar a eficácia das terapêuticas e, sendo assim, várias disciplinas e teorias, modos de pensar e agir sobre uso de drogas e suas implicações na vida dos sujeitos buscam compreender essa temática, criando espaços de discussão que promovem avanços e retrocessos na maneira de lidar com os usuários de drogas.

O universo do uso de SPA é multifatorial e acompanha a trajetória das vicissitudes humanas, ocupando vários lugares sociais e subjetivos, dentre outros, no decorrer do tempo. O

discurso sobre drogas é plástico, assume diversas formas e contornos de acordo com a lente que utilizamos para enxergá-lo. Dito isto, verificamos que não existe uma verdade sobre elas e tão pouco sobre quem as usa e, seguindo esta linha de raciocínio, evidenciamos a pertinência de se trabalhar na perspectiva da Clínica Ampliada, uma vez que o diálogo dos mais variados saberes é imperioso nesse contexto.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), a proposta da Clínica Ampliada busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. A Clínica Ampliada reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação.

Não obstante, preconiza uma expansão no conceito de saúde e trabalha com diversas vertentes na construção dos processos terapêuticos, visando evitar as super-especializações que fragmentam as pessoas de forma indelével e que, invariavelmente, geram desassistências. Este enfoque traça diretrizes gerenciais e profissionais com base na interdisciplinar

²¹Entendemos que as implicações não se esgotam nestes três eixos, uma vez que outros desdobramentos são possíveis e, dependendo do olhar que se lança sobre esse fenômeno, poderão surgir outras formas de análises, a exemplo das concepções religiosas.

idade, fazendo com que os usuários dos serviços de saúde sejam acolhidos na sua completude e, sendo assim, a clínica da redução de danos se torna mais uma ferramenta clínica para contribuir no aprimoramento dos processos terapêuticos.

Entendemos que ampliar a clínica é também expurgá-la dos limites institucionais e disciplinares, colocando-a cada vez mais próxima da realidade daqueles que a buscam na tentativa de melhorarem sua qualidade de vida. É indiscutível que a atenção à saúde deva funcionar em rede e que as ferramentas institucionais e técnicas se comuniquem harmonicamente, porém, é bastante comum na construção deste circuito negligenciarmos a importância dos DC.

É na comunidade que o usuário se faz sujeito, e é lá o espaço onde ele se constitui como pessoa e deve despir-se da estigmatizante túnica denominada de doença/dependência. As ações intersetoriais precisam integrar as potencialidades institucionais que surgem nas comunidades como forma de difundir ambientes de promoção à saúde. No plano da saúde coletiva, ampliar e compartilhar a clínica é construir processos de saúde nas relações entre serviços e a comunidade de forma conjunta, participativa e negociada (idem).

Pensando nas particularidades da dependência química e das diversas formas de uso de SPA, é importante ressaltar o caráter de integração interpessoal de todo e qualquer

dispositivo comunitário, fazendo-nos analisá-los como peças fundamentais na engrenagem que move as redes de atenção à saúde, uma vez que estes dispositivos propiciam vivências diversas, onde cada sujeito pode experimentar sua singularidade.

É relevante conceber estes espaços na perspectiva de complementaridade do tratamento, visto que a questão da dependência não se encerra no corpo orgânico e ecoa no sujeito social. Deste modo, o engajamento dos usuários de drogas em atividades artísticas, culturais, esportivas, laborais, educativas e em outras áreas que surgem na própria localidade onde residem, pode gerar mudanças significativamente positivas na vida destes indivíduos.

Corroborando com esta idéia, torna-se prudente enfatizar o respeito às diferentes culturas locais, considerando a história das comunidades e, principalmente, a forma como os sujeitos se identificam ou não com elas, reconhecendo os discursos que surgem nas comunidades e os poderes que exercem sobre seus moradores. Isto porque, no que tange os PTS, se presa pela participação ativa do usuário e se reconhece as particularidades do mesmo.

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2010), o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo resultante da

discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial²² quando necessário. Nessa conjuntura, podemos pensar este projeto em articulação com a comunidade, buscando a implicação dos usuários na montagem da terapêutica mais adequada às singularidades. Os profissionais de um CAPSad, por exemplo, poderão traçar junto ao usuário um plano de atividades, utilizando os recursos da comunidade com os quais ele melhor se identifica.

De acordo com essas diretrizes, o PTS não pode se limitar às grades de atividades de um CAPSad, mesmo que neste espaço exista uma gama significativa de ações, posto que as singularidades dos sujeitos não se resumem ao tratamento, ou seja, ao fato dele “ser” dependente ou fazer uso de drogas. A integração com outros espaços é fundamental e deve fazer parte deste projeto, sempre respeitando a vontade/desejo destas pessoas.

A diversidade das missões institucionais, objetivos e público-alvo dos mais variados DC podem facilitar a implicação dos usuários com seu tratamento, uma vez que nestes lugares são trabalhadas outras necessidades que não as estritamente ligadas ao uso de drogas. Podemos visualizar esta afirmativa se pensarmos no exemplo de ONG’s que promovem aulas de dança e teatro. Um usuário que se identifica com estas atividades pode otimizar seu tratamento aumentando sua auto-estima e ampliando sua rede social.

Os DC devem fazer parte das estratégias de tratamento para pessoas que fazem uso nocivo ou não de drogas, pois é evidente que só as instituições de saúde não dão conta da complexidade desse fenômeno. Além disso, esses espaços podem funcionar como recursos promotores de saúde na sua concepção mais ampliada, que considera o bem-estar social dos sujeitos. Em concordância, podemos pensar que os DC podem funcionar como estratégias de redução de danos, pois têm um enorme potencial para reduzir os agravos sociais comumente vivenciados pelo público em pauta.

Pensando nos Dispositivos Comunitários para os usuários do CAPSad Professor José Lucena

O CAPSad Professor José Lucena fica localizado no Distrito Sanitário VI²³ da cidade do Recife e foi um dos primeiros serviços públicos de saúde com esta especificidade (trata-

²²O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, ou seja, procura oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Desdobra-se sobre dois arranjos básicos, que são: o atendimento conjunto e a discussão de casos/formulação de Projetos Terapêuticos Singulares (CAMPOS, 2007).

²³Não foi possível acessar os dados demográficos do censo 2010, uma vez que durante a produção deste artigo o mesmo ainda não tinha sido concluído, porém, a pesquisa anterior, realizada pelo IBGE em 2000, diz que o Distrito Sanitário VI é o mais populoso do Recife, com cerca de 24,9% da população da cidade (IBGE, 2010).

mento para usuários de álcool e outras drogas) a ser implantado neste município. Funcionando desde 2004, este dispositivo, que também agrega uma Casa do Meio do Caminho com capacidade para atender em média 15 hóspedes, é o único existente na região supracitada, fato que por si só nos faz pensar na importância de um trabalho em rede, priorizando as atividades articuladas com outros serviços e, principalmente, com as comunidades que estão sob sua responsabilidade.

É certo que um CAPSad, por mais que atue numa lógica interdisciplinar e com propostas de inclusão de seus usuários nos demais espaços sociais necessários para garantia e promoção de saúde, não pode trabalhar sozinho a complexidade inerente ao tratamento/acolhimento às pessoas que fazem uso de drogas. Destarte, nos deteremos agora a alguns caminhos e discursos possíveis para estreitar essa vinculação, que ainda se encontra, por diversos motivos, em fase de construção, uma vez que entendemos esse processo como um contínuo, uma ação em constante mudança.

A comunicação com os DC tem sido tratada, no âmbito dos CAPSad, como tarefa imprescindível na complementação das atividades terapêuticas, muito embora, a dinâmica profissional e administrativa nestes serviços dificultem uma aproximação mais plena aos usuários in loco. Frente a essa realidade, e considerando os Agentes Redutores de Danos – ARD como um dos atores-chave na efetivação dessa proposta, ressaltaremos

aqui uma experiência iniciada este ano com a perspectiva de avançarmos nessa empreitada.

Percebendo a “deficiência” acima mencionada, e buscando alternativas propositivas para minimizá-la, iniciamos com os demais profissionais que compõem a equipe do CAPSad Professor José Lucena um diálogo sobre os principais entraves referentes ao tratamento dos usuários que acompanhamos. Neste primeiro momento, percebemos que o distanciamento deste serviço das outras estruturas institucionais existentes no Distrito Sanitário IV se constitui num dos principais fatores relacionados ao abandono do tratamento por parte dos usuários, pois outras áreas da vida social deles ficam descobertas, dificultando, assim, a permanência de seu vínculo com o serviço.

A partir disso, surgiu a idéia de pôr em prática, de forma mais eficaz, uma das nossas atribuições que se configura em viabilizar estratégias de mobilização de pessoas e instituições com o intuito de utilizar os recursos da própria comunidade na ampliação das possibilidades de tratamento dos usuários do serviço. Nesta vertente, partimos da proposta de fortalecermos as ferramentas locais e incentivar, dentre outras coisas, a formação de uma rede social, que pode ser entendida como “um conjunto de relações interpessoais concretas que vinculam indivíduos a outros indivíduos” (BARNES, 1987).

Com relação ao nosso segundo passo, fizemos um levantamento interno, utilizando o livro de registro de primeiro atendimento das últimas 100 (cem) pessoas que procuraram o nosso serviço, a fim de coletar dados sobre a origem territorial (bairro) dos mesmos, além de outras informações pertinentes referentes ao uso de SPA e condições sociais dos sujeitos.

A partir daí, elencamos três bairros com maior número de encaminhamentos ao nosso CAPSad e criamos um novo critério para escolhermos apenas um deles, que consistiu em identificar aquele que dispusesse de um quantitativo mais vasto de DC's que atuam nas áreas sociais, culturais e educativas. Desta forma, elegemos o bairro do Pina, mais especificamente, a comunidade de Brasília Teimosa, que, além de responder aos critérios pré-estabelecidos, é reconhecida pelo seu histórico de luta/militância, organização popular e social.

Em seguida, elaboramos um questionário²⁴ e decidimos contatar o Posto de Saúde da Família – PSF da localidade para nos servir como ponto de apoio e de articulação com outros DC do bairro, reconhecendo a importância deste serviço de saúde e sua aproximação com os moradores da comunidade. Seguindo este fluxo, iniciamos a construção de espaços propícios à reflexão sobre a problemática tratada neste artigo, partindo do PSF e, posteriormente, junto aos demais DC. A tentativa era de abrir o campo, buscando trocar experiências com o objetivo de estreitar os diálogos ligados à temática em questão.

A cada contato, pedíamos sugestões de outros DC que poderiam atuar como nossos parceiros e, assim, logo na primeira semana de incursão, já tínhamos realizado 08 (oito) entrevistas-diálogos, iniciando a formação de uma pequena rede de trocas de experiências. Essa teia de informações nos fez avançar bastante a proposta de fortalecer as ferramentas locais para abranger as respostas ligadas à dependência química e outras formas de uso de SPA. Além disso, serviu como objeto de análise acerca dos discursos produzidos sobre os usuários de drogas nesse local, que, algumas vezes, se apresenta de forma “equivocada” e marcada pelo preconceito e estigmatização dos sujeitos.

Contudo, percebemos na realização das entrevistas-diálogo que existe uma grande preocupação por parte dos atores-chave em obter mais informações sobre dependência química, uso de drogas e, principalmente, sobre formas de tratamento e principais serviços que lidam com esta demanda, visto que é alarmante o número de pessoas que fazem uso abusivo de SPA naquela localidade, principalmente álcool e crack.

Todas as instituições visitadas promovem atividades para a população local, e os nossos informantes relataram ter

²⁴Este questionário se encontra em anexo e serviu para traçarmos um perfil institucional dos DC que entramos em contato. Concomitantemente, a partir dele, colhemos informações valiosas para, posteriormente, estabelecermos parcerias, respeitando os limites e objetivos de cada um deles.

conhecimento de pessoas que usam drogas, todavia, este público comumente não participa das ações realizadas por estes DC, segundo eles, por dificuldade de adesão dos mesmos e pela falta de estrutura física e de recursos humanos destas instituições. Porém, três delas destacaram trabalhos de prevenção ao uso de drogas, realizando palestras e difundindo o conhecimento sobre esta problemática por meio de educadores sociais. Além disso, o Conselho de Moradores possui uma psicanalista voluntária, que também acompanha casos de pessoas que usam drogas de forma abusiva, acolhendo estes usuários e encaminhando-os para a rede pública de saúde.

Este fato nos faz pensar que estes DC têm um enorme potencial para integrar uma rede mais ampla de promoção à saúde dos usuários de drogas, pois todos eles demonstraram interesse em formar parcerias com o CAPSad, onde nós poderíamos efetuar palestras, visitas, acolhimento in loco aos usuários de drogas e encaminhamentos ao CAPSad e outros serviços. Em contrapartida, estes DC receberiam usuários de SPA em seus projetos.

Esta proposta ratifica a urgência da viabilização de um “movimento de redução de danos”, que possibilite a construção e o fortalecimento de vínculos entre os usuários de drogas e entre esses e os outros segmentos da sociedade, garantindo visibilidade a esta população. Corroborando com esta expectativa, reconhecemos que esta articulação pode

contribuir significativamente para a construção de um modelo de prevenção mais democrático na área de saúde, no qual o saber circula entre os trabalhadores de saúde, os usuários do serviço e a comunidade com um todo (MARLLAT, 1999).

Considerações finais

Observamos, com este trabalho, a importância das propostas da Clínica Ampliada e sua relação com os Projetos Terapêuticos Singulares, que devem servir de norte para os profissionais que pretendem aperfeiçoar a eficácia dos tratamentos oferecidos nos serviços de saúde. Esta experiência evidenciou a necessidade de se fortalecer as ferramentas que respeitem as singularidades dos sujeitos e abram espaços para que os mesmos participem diretamente dos processos de tratamento gestados nestes serviços.

Reiteramos que é possível estimular, através de parcerias com os DC, uma relação cujo objetivo seja gerar qualidade de vida para os usuários de drogas. Verificamos as potencialidades destes espaços para promover inclusão social e a vontade de seus membros em obter mais informações sobre drogas e as formas de tratamento para seu uso nocivo. Para além disso, a possibilidade de criação de uma rede social em prol da garantia dos direitos das pessoas que fazem uso de SPA

nos levam a crer que este é um caminho promissor na tentativa de reduzir os ricos sociais ligados ao uso de drogas.

Não obstante, é fato que as noções de redução de danos, quando tratadas de forma mais ampla, podem incluir as atividades das mais variadas instituições existentes nas comunidades como complemento nos processos terapêuticos para usuários de CAPSad. Com efeito, podemos tratar a inclusão de usuários em atividades dentro do seu próprio bairro como estratégia de redução de danos sociais.

Por fim, entendemos que esta empreitada só se concretizará e avançará como proposta, se houver políticas públicas em saúde que insiram os DC na rede atenção à saúde, pois esta relação de parceria só será possível se iniciarmos uma nova lógica de integração dos CAPSad com essas entidades locais. É necessário garantir que os profissionais destes serviços possam, efetivamente, realizar atividades fora da instituição e vivenciar junto aos usuários outras experiências dentro da própria comunidade.

Instrumental utilizado nas entrevistas-diálogo

Identificação

Instituição _____ Data _____

Endereço _____

Responsável _____ Função _____

Fone _____

Questionário

Missão Institucional

Público-alvo

Você tem conhecimento de casos de pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas na comunidade?

SIM

NÃO

Você realiza trabalhos com esse público?

SIM

Quais?

NÃO

Porquê?

Como você acha que esta instituição pode contribuir com a atenção e o cuidado a pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas?

Uma análise sobre a relevância das saídas terapêuticas durante o tratamento de usuários de álcool e outras drogas

Cristina Maria Tavares
Priscila Cristina Linhares de Carvalho
Alexandre Alves Guilherme
Bárbara Cavalcante Tavares da Silva
Ricardo Alves da Cunha
Roberta Eleonora Pontes Cavalcante
Gilson Alves da Silva
Roberta Uchôa

Introdução ao Projeto Terapêuticos da Casa do Meio do Caminho

“Uma casa... é o habitar da cidade.
É você poder habitar a cidade, tendo um lugar para voltar...
para voltar no fim do dia. Eu habito esta cidade!”

Este relato de experiência visa analisar a importância das saídas terapêuticas para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas em tratamento na Casa do Meio do Caminho – CMC Professor Luiz Cerqueira, dispositivo da rede do Programa + Vida de Redução de Danos, da Prefeitura da Cidade do Recife, e referência municipal para adolescentes do sexo masculino e para público jovem e adulto dos Distritos Sanitários – DS I e II da referida cidade.

142 A CMC Professor Luiz Cerqueira está situada na Rua Álvares de Azevedo, 80, Santo Amaro, e conta com uma equipe técnica composta de uma Gerência Operacional, uma Gerência de Serviços, uma Psicóloga, 07 (sete) Agentes Redutores de Danos – ARD Plantonistas lotados como Acompanhantes Terapêutico, um Educador Físico vinculado ao Programa da Academia da Cidade do Recife, 01 (um) prestador de serviços de limpeza, duas copeiras de plantão e serviço de vigilância.

A citada CMC funciona no modelo de pensão, protegida em regime de 24 horas, acolhendo usuários encaminhados pelos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad de referência para admissão. O acolhimento é feito a partir do preenchimento dos critérios de elegibilidade determinados por cada Projeto Terapêutico Singular – PTS construído durante avaliação da equipe técnica em conjunto com o usuário. O PTS contém objetivos e metas a serem desenvolvidos e/ou alcançados durante o tratamento do usuário, incluindo avaliação clínica e psiquiatra. É importante ressaltar que a entrada e permanência na casa são voluntárias, preservando seu anonimato, autonomia e compromisso com o sigilo. A permanência no tratamento tem uma duração de 30 a 45 dias, podendo ser prolongada de acordo com a avaliação do PTS pela equipe técnica do serviço e do CAPSad de referência.

A CMC tem, no seu Projeto Terapêutico Institucional – PTI, a proposta de constituir-se em espaço terapêutico e protegido, com base na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Utiliza-se, dentre outras coisas, de estratégias de redução de danos para tratamento da dependência química de usuários que estejam fazendo uso prejudicial de drogas, com a finalidade de fortalecimento dos usuários para que, ao final do período de acompanhamento, possam estar mais fortalecidos para dar continuidade ao tratamento no CAPSad de referência.

No cotidiano da CMC são desenvolvidas diversas atividades que visam atingir estes objetivos:

Atendimentos Individuais e em Grupo para o Usuário e para a Família: são momentos reservados a todos os hóspedes e familiares que apresentem demanda com caráter particular ou pessoal que possa interferir direta ou indiretamente na continuação e acompanhamento do tratamento. Pode ser realizado pelo Psicólogo, Coordenador ou Gerente do serviço, além dos Técnicos do CAPSad de referência do usuário.

Grupo 24 horas: este grupo se propõe a discutir o dia anterior vivido pelo usuário, ou seja, suas 24 horas anteriores, destacando os aspectos significativos para o grupo de hóspedes, a partir da leitura do livro de re-

gistro de plantão, que informa os acontecimentos vividos pelo grupo. O Grupo 24 horas da segunda-feira é o mais longo, pois além do espaço de reflexão, discute as intercorrências do final de semana, como cada um se sentiu e em que medida o planejamento da sexta-feira funcionou com relação às saídas terapêuticas. Este grupo é especificamente realizado pelo Psicólogo do serviço.

Grupo Reflexão: este grupo propicia um espaço de reflexão, a partir de suportes tais como textos, músicas e trechos de filmes, estimulando o debate sobre o uso de drogas e as repercussões desse uso na vida de cada um.

Grupo Educação, Saúde e Cidadania: este grupo possibilita o acesso a conhecimentos voltados para as particularidades da droga e de seus efeitos, bem como, outras questões relevantes sobre a saúde dos hóspedes. A pauta de tabagismo está sistematicamente presente, considerando a implantação do fumódromo (espaço criado na CMC para uso exclusivo e supervisionado de tabaco) e a necessidade do uso do tabaco de forma crítica, informada e reflexiva. Busca-se, nesse grupo, o fortalecimento da consciência crítica e da responsabilização do hóspede frente às mais variadas

questões sociais. São comuns as discussões sobre temas como gênero e violência.

Grupo Família: a família, quando presente no tratamento, tem como espaço de fala e reflexão este grupo, que é realizado uma vez por semana, oportunizando a troca de experiências sobre os mais diversos contextos que envolvem a dependência química para o usuário de álcool e outras drogas. Os familiares que se encontram com vínculo fragilizado e não participam do grupo ou não comparecem a CMC nos dias das visitas familiares são contactados, através da busca ativa realizada pela equipe, com o objetivo de re-estabelecer esse vínculo. Este grupo, especificamente, é facilitado pela Coordenação do serviço.

Grupo História/Projeto de Vida: este grupo promove um momento de avaliar o passado e o presente de cada um, de forma articulada, focando no modo de atingir os objetivos futuros de cada.

Grupo Prevenção à Recaída: o grupo busca oferecer um espaço de construção de conhecimentos voltados à prevenção de recaída e reflexão sobre as saídas terapêuticas, a partir da discussão de temas como fissura, lapso, recaída, estágios de mudança, compulsão, elementos motivadores do uso de drogas, situações de risco, tipos de gatilho, dentre outros. Os temas são abordados de

forma geral, mas sem deixar de particularizar, chegando à forma como cada um sente e vivencia cada situação. Neste grupo, reflete-se, também, objetivamente sobre a programação do final de semana, tanto para quem fica na casa como para quem sai, compreendendo, assim, que o planejamento em si já é uma estratégia de prevenção de recaída. Nesse processo, reflete-se também sobre como eram os finais de semana e como passaram a ser após o tratamento.

Passeios Terapêuticos: são, geralmente, realizados aos domingos, na companhia do ARD de plantão. Tem como objetivo principal proporcionar momentos de lazer em ambientes coletivos, de forma descontraída. Os hóspedes são motivados a refletir sobre a importância de descobrir outras formas de prazer, sem associá-los ao uso de drogas, levando em consideração que, habitualmente, tais locais de lazer são espaços de consumo de drogas e que muitos usuários perdem o interesse pelo lazer quando este não está diretamente ligado a situação de uso. Os passeios terapêuticos beneficiam todos os que estiverem presentes, inclusive os hóspedes que não tiveram saída terapêutica ou que tiveram saída simples realizada nos sábados. Para os hóspedes que ainda não tiveram saída terapêutica, consiste nos primeiros contatos com espaços públicos externos desde sua entrada no

serviço, assim, também são trabalhados aspectos como fissura e estratégias de prevenção de recaída.

Grupo Movimento: este grupo constitui-se em atividades esportivas, realizadas diariamente. É facilitado pelo profissional de Educação Física, lotado na CMC através do Programa Academia da Cidade. O grupo oferece um espaço de prática de exercícios físicos, entendendo-os como importante para a retomada do auto-cuidado e para a busca pela qualidade de vida. Também é realizado nos pólos da Academia da Cidade, uma vez por semana, como atividade externa, com proposta de inserir uma rotina de práticas saudáveis na vida dos usuários.

Saídas Terapêuticas²⁵: as saídas são estratégias de re-integração da pessoa a sua vida fora da CMC durante o período de acompanhamento que, comumente, acontecem nos finais de semana. A saída é permitida no momento em que o hóspede tem oportunidade de avaliar e retomar seus vínculos de referência num espaço que interfere direta e indiretamente nos aspectos biopsicossociais. Acontecem mediante avaliação do PTS

²⁵Nessas saídas, são financiadas as passagens dos usuários através de vales-transporte fornecidos para a CMC pelo CAPSad de referência, de acordo com as demandas e protocolos, podendo os usuários financiar suas próprias passagens quando as mesmas estiverem em falta no serviço.

e podem ter seu início com, no mínimo, 15 (quinze) dias corridos de tratamento. A partir da avaliação da equipe e concordância do usuário, as saídas podem ser simples e/ou ampliadas com, respectivamente, um ou dois dias. Têm o retorno programado para as 17 horas do dia escolhido e, quando esse retorno não acontece dentro do horário previsto, o serviço segue o regimento contido no Projeto Terapêutico do Albergue de tolerância de 24 horas, a contar do horário em que o hóspede saiu, sendo flexibilizado pela equipe mediante PTS.

A importância das Saídas Terapêuticas para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas

A CMC tem, atualmente, um grupo com 08 (oito) hóspedes, dos quais 05 (cinco) apresentaram reflexos importantes no tratamento em função da saída terapêutica. Destes, 04 (quatro) se destacaram, porque a saída terapêutica lhes proporcionou um re-encontro de vínculos ou um retorno ao ambiente de uso, nutrindo um sentimento de que o tempo de abstinência teve um significado de segurança e capacidade de enfrentar desafios. Estes estão há mais tempo em tratamento no serviço, uma vez que estes reflexos interferiram no processo de tratamento e construção do PTS. São eles:

GA, 62 (sessenta e dois) anos, separado, tabagista, em tratamento para dependência do crack há 01 (um) ano e 06 (seis) meses, mora só, sustentado pela mãe e irmão. Aos 40 (quarenta) anos, a relação com a droga passou a ser problemática, desencadeando a perda de todos os seus bens materiais, como duas lojas, uma fazenda, apartamentos, etc. Sempre adotou o método de substituição, tendo efetuado, há cerca de 02 (dois) anos, a troca do álcool pelo crack. Em seu terceiro albergamento, com crítica de tratamento por um tempo prolongado, completou 01 (um) mês 25 (vinte e cinco) dias. Seu PTS visa o fortalecimento, a interrupção do uso abusivo de drogas com prejuízos sociais e familiar e a retomada do trabalho no comércio. Realizou 06 (seis) saídas terapêutica, todas simples e aos sábados, como parte do PTS, que justifica esse dia como oportuno para auxiliar o irmão no comércio. De todas as saídas que realizou, por duas vezes, conseguiu voltar para a CMC sem fazer uso de drogas. Da primeira para segunda saída terapêutica, recebeu um intervalo de duas semanas sem permissão para sair, em função do uso de drogas na 1ª saída e reflexos que essa vivência trouxe para o tratamento. Tal medida foi avaliada em reunião técnica e aceita pelo hóspede como estratégia de redução de danos. Na segunda saída, devido ao tempo que ficou protegido, o uso do crack foi prejudicado pelos sintomas da síndrome da abstinência. O mesmo relatou que estava ansioso pelo uso, mesmo dentro do serviço, e não verbalizou temendo não ter a saída terapêutica indicada pela equipe. Mantendo-se em abstinência por duas semanas, referentes à terceira e quarta saídas, por iniciativa própria, usando

como estratégia a ocupação no comércio do irmão e o retorno para a CMC, conseguiu fazer um uso consideravelmente reduzido em suas duas últimas saídas. Ressaltando que é um hóspede com perfil de omissão do uso e dificuldade no ato de consumir a droga após período de abstinência, a saída terapêutica, para este caso, reflete a redução do uso, estratégia criada e adotada pelo hóspede na tentativa da abstinência ou uso sem prejuízo.

VA, 48 (quarenta e oito) anos, casado, mora com a família, vínculo empregatício informal, tabagista, alcoolista há 36 (trinta e seis) anos, limitações físicas, em tratamento em CAPSad, em segundo albergamento. Seu PTS visa proteção, prevenção a recaída e redução do uso, apresentando, inicialmente, recusa pela saída terapêutica, alegando insegurança e negação do convívio familiar, necessitando de atendimento individual e reflexões no Grupo 24 horas. Ao realizar passeio terapêutico e se ver em um contexto público e descontraído, referiu desejo de uso, fissura, ao ver outras pessoas consumindo álcool. Motivado, após 01 (um) mês, conseguiu realizar sua primeira saída terapêutica, sendo esta simples, na qual visitou a neta recém nascida e não fez uso de drogas. Em suas segunda e terceira saídas simples, fez uso moderado do álcool, alegando que o nascimento de sua neta atraiu toda atenção da família, deixando-o de lado. Trabalhado a demanda do hóspede em grupos e individualmente, este conseguiu realizar as quarta e quinta saídas terapêuticas sem fazer uso, sendo estas ampliadas, em virtude da melhora de sua crítica ao tratamento e a família. Em sua sex-

ta saída, já ciente da sua alta clínica programada, o hóspede fez uso da droga de forma abusiva, voltando embriagado para a CMC e com escoriações pelo corpo, devido a uma queda. Acolhido no serviço, o mesmo alegou o desprezo da família e o pouco caso com seu tratamento, além de frisar que já está indo embora da casa. Trabalhados seus incômodos no Grupo 24 horas e em outros durante toda a semana, o mesmo realizou sua sétima saída sem fazer uso da droga, mas com o relato de que, mesmo querendo a abstinência do álcool, os problemas de convivência familiar o levam ao uso contínuo ou abusivo da droga. A saída terapêutica reflete neste caso uma problemática com foco na família.

CAS, 54 (cinquenta e quatro) anos, tabagista, alcoolista desde os 15 (quinze) anos, fazendo uso diário, após separação conjugal, o consumo passou a ser abusivo e prejudicial. Em tratamento intensivo em CAPSad de referência há 03 (três) meses. Acolhido no serviço, após episódio de intoxicação pelo uso abusivo do álcool, em decorrência do qual permaneceu 07 (sete) dias em internamento hospitalar. Albergado pela primeira vez por 02 (dois) meses e 15 (quinze) dias. Seu PTS visa melhora clínica, fortalecimento da auto-estima e abstinência, mudando este último, no decorrer do tempo, para uso social da droga. Inicialmente, resistente a saída terapêutica, alegou medida protetiva e prevenção a recaída no uso abusivo e prejudicial da droga, sendo trabalhada essa resistência no Grupo 24 horas e em atendimento individual, com propostas de incentivo e

motivação, mostrando a saída terapêutica como estratégia de auto-avaliação e preparação para o período pós tratamento. Compreendendo a importância desta estratégia, realizou sua primeira saída simples após 01 (um) mês, na qual não fez uso do álcool e expressou, diante do grupo, uma satisfação enorme em mater-se abstinente. Em sua segunda saída terapêutica simples, passou por um processo de reflexão mais intenso, repensando a abstinência como projeto de vida, mas não retornou no dia e horário programados, chegando alcoolizado, no dia seguinte, porém, sem irritabilidade. Acolhido, o hóspede só conseguiu dormir. No dia seguinte, muito debilitado com sintomas de delirium tremens foi urgenciado na Unidade de Desintoxicação, onde vomitou sangue e permaneceu um dia em recuperação e observação, sendo orientado pelo médico que deixou claro que se o usuário tivesse chegado minutos depois teria falecido, explicando-lhe, ainda, todas as suas limitações de saúde e o risco de morte eminente se continuasse a ingerir bebidas alcoólicas. Nas demais saídas do hóspede, uma simples e outra ampliada, o mesmo não recaiu no uso da droga, demonstrando confiança e alegria por tal fato. Seu albergamento cumpriu seu PTS. CAS incluiu no seu projeto de vida o retorno ao trabalho, conclusão de sua casa, que está em construção, e o conhecimento de sua filha com a qual nunca manteve contato, que mora na Paraíba. Traçou excelentes estratégias para manter-se em abstinência. A saída terapêutica, neste caso, evidenciou a fragilidade do dependente químico, risco de morte e reflexões sobre seu projeto de vida, prevenção a recaída e auto-cuidado.

MA, 37 (trinta e sete) anos, separado pela segunda vez, com um filho do primeiro relacionamento que abandonou, mora com a mãe que o sustenta juntamente com um tio do hóspede, tabagista em abstinência, alcoolista desde os 15 (quinze) anos, com uso abusivo e prejudicial da droga a 04 (quatro) anos, histórico de depressão desde a adolescência e de surtos seguidos de amnésia alcoólica quando após uso abusivo da droga, em tratamento em CAPSad há 02 (dois) anos, em seu terceiro albergamento. Seu PTS visa fortalecimento, uso social do álcool e fixação de moradia no Rio de Janeiro. Chegou a este serviço em crise emocional motivada pelo uso abusivo da droga, emergenciado, no dia seguinte, com sintomas da síndrome de abstinência. Desmotivado para a saída terapêutica, conseguiu fazer essa saída após 24 (vinte e quatro) dias de queixas de sintomas depressivos e oscilação de humor, alegando que o ambiente de casa também é seu ambiente de uso e retrocesso pessoal. Trabalhado o foco no tratamento, metas e sugestão de acompanhamento especializado na rede, retornou de sua primeira saída simples, tendo consumido 04 (quatro) doses de vodca, o que o fez reforçar a crítica do uso social. Com 01 (um) mês, relatou motivação para o tratamento e abstinência do tabaco, aderindo a práticas saudáveis e investindo no auto-cuidado. Na segunda saída, simples, vivenciou melhor o ambiente familiar, mas retornou cedo e sem relato de uso da droga. Na terceira saída, simples, relatou uso de 05 (cinco) doses de whisky, refletindo sobre este uso ser social ou danoso. A quarta saída, simples, não

teve relato de uso, porém, o hóspede retornou mais cedo que das outras vezes e com abatimento de humor. Foram realizadas intervenções no Grupo 24 horas, individualmente e em demais grupos durante a semana, resultando positivamente para o tratamento. Ao se aproximar o tempo de 60 (sessenta) dias de albergamento, o hóspede se mobilizou pela segunda vez, tendo sido a primeira com 30 (trinta) dias, para prolongar seu tempo na casa, evidenciando, mais uma vez, o ambiente familiar propício ao uso e o tempo ocioso. Na sexta saída, retornou antes do horário previsto, com humor depressivo, sem abertura para o diálogo e com uso não verbalizado. Empenhado em sua viagem ao Rio de Janeiro, recebeu com tranquilidade a data programada de sua alta clínica. Realizou a sétima saída terapêutica, retornando embriagado, forçando a entrada com bebida no serviço, respondendo com agressões físicas às intervenções realizadas. Sendo imobilizado por reforços solicitados, foi urgenciado no Ulisses Pernambucano, retornando ao serviço no mesmo dia sem intercorrências. Sua alta clínica, que seria na semana seguinte, foi adiada mediante situação avaliada pela equipe como efeito do uso abusivo do álcool, baseado em seu histórico e diante da notícia recebida pelo hóspede da impossibilidade de viajar para morar no Rio de Janeiro. O hóspede permaneceu na casa por mais uma semana, com indicação de saída simples no sábado como parte de sua alta clínica reprogramada para o início da semana seguinte, sendo esta uma intervenção da equipe como proposta para o hóspede vivenciar seu ambiente familiar, entendendo que es-

te será, pelo menos até o momento, seu espaço de moradia e convivência. A saída terapêutica, para este caso, reflete no hóspede um comportamento manipulador diante das frustrações da vida, uso potencializado do álcool como fuga da realidade e mudança de comportamento baseado na troca.

Considerações finais

Percebe-se que, através das reflexões realizadas nos grupos, são abertos espaços de fala para o usuário poder colocar seus incômodos, inseguranças, ansiedades e sentimentos com relação ao espaço de permanência atual e ao espaço real ou idealizado que o espera fora do serviço. Isto serve de instrumento para a equipe intervir de forma terapêutica, fazendo reflexões sobre este cotidiano. Ao observar um comportamento de euforia, desmotivação e até negação no hóspede pela saída terapêutica, deve ser realizada uma discussão mais aprofundada sobre a saída terapêutica, incentivando a autonomia e a co-responsabilidade no tratamento.

As saídas terapêuticas são consideradas uma estratégia de reinserção e ressocialização que trazem reflexões sobre os vínculos rompidos, fragilizados e existentes, bem como, acerca do ambiente de consumo da droga em um contexto bi-opsicossocial. Desta forma, a CMC constitui-se em um espaço

de proteção e recuperação no meio do caminho do usuário problemático de drogas, com pouco ou muito tempo de uso, com prejuízos advindos dessa dependência, que precisa ser ajudado e não julgado. Essa estratégia no tratamento, por vezes, faz ressurgir o comportamento fragilizado do hóspede que, no processo de tratamento, vinha evoluindo e, quando recebe a notícia da alta clínica programada, retorna sob forte efeito, ultrapassa os limites de horário ou até não retorna ao serviço, mergulhando novamente no uso abusivo. A necessidade dessa estratégia para o tratamento é de fundamental importância e exige da equipe bom senso nas mais diversas situações que a dependência química proporciona.

A mulher alcoolista: caso clínico acompanhado pelo Centro de Referência Estação Jandira Masur para mulheres usuárias de álcool e outras

Karla Michelle Soares Dantas
Georgina Brandão da Cruz
Magaly Hellen dos Santos
Olívia Correia Bandeira do Nascimento
Rejane Silva de Farias
Rosália Ernesto da Silva
Micheline Alves de Moraes

Resumo

Este trabalho tem como objetivo explorar um caso clínico acompanhado em uma unidade de saúde mental especializada no atendimento às mulheres usuárias abusivas e/ou dependentes de álcool e outras drogas, no sentido de fazer algumas reflexões acerca da clínica da dependência química entre mulheres alcoolistas. Para tanto, fez-se necessário um resgate de aspectos da história de vida de uma usuária atendida no serviço, que chamou a atenção da equipe de profissionais, por ter um nível de formação profissional e intelectual diferenciado, mas mesmo nesta condição, demonstrou estrutura de ego frágil, dificuldade de elaborar e encaminhar projetos, baixa tolerância a frustrações e conflitos familiares intensos, que dificultaram o desempenho de suas funções enquanto mãe, mulher e profissional. A análise do estudo de caso revelou um alto nível de sofrimento psíquico e físico gerado pelo padrão de consumo dependente, o preconceito da sociedade, no que diz respeito aos padrões morais exigidos às usuárias de drogas, a dificuldade de vinculação ao tratamento pelos múltiplos papéis desempenhados, bem como, os diversos fatores próprios do gênero que propiciam a ingestão abusiva de álcool e outras drogas, tais como, relações matrimoniais, violência doméstica e sexista, genética, trabalho e transtornos afetivos.

Palavras-Chave: alcoolismo, mulheres, tratamento especializado.

Introdução

O consumo de substâncias psicoativas – SPA se faz presente na história da humanidade desde tempos bastante remotos, tanto para fins médicos, religiosos e de satisfação física e psíquica. Porém, este assunto despertou uma maior preocupação a partir da relação do homem moderno com estas substâncias, onde o uso moderado tornou-se exacerbado, gerando diversas implicações na vida das pessoas e da sociedade, como por exemplo, doenças, criminalidade, violência, dentre outras. No que se refere ao consumo abusivo de SPA, de acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS e o Ministério da Saúde – MS, cerca de 10% das populações dos centros urbanos do mundo consomem essas substâncias, independente de faixa etária, nível social e escolaridade (BRASIL, 2004).

152

Diante dessa realidade, o MS criou as Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90, no intuito de fazer cumprir o mandato constitucional de dispor legalmente sobre a proteção e a

defesa da saúde, garantindo o acesso de todos a uma assistência integral e equitativa. Posteriormente, foi criada a Lei Federal 10.216/2001, como marco legal da Reforma Psiquiátrica, permitindo aos que sofrem de transtornos mentais decorrentes do consumo de álcool e outras drogas a universalidade do acesso, a integralidade da assistência, tendo como meta principal a descentralização do modelo de atendimento e determinando a estruturação de serviços mais próximos do território, assim como configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes.

Assim, considerando as determinações das leis mencionadas acima, no sentido de normalizar a atenção a usuários de álcool e outras drogas, o MS publicou portarias voltadas para a estruturação da rede de atenção específica a estas pessoas. Uma delas foi a Portaria GM/336, de 19 de fevereiro de 2002, que define normas e diretrizes para a organização de serviços

que prestam assistência em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, incluídos aqui os direcionados ao tratamento de transtornos mentais (CAPS Transtorno) e os que visam o tratamento para usuários de álcool e outras drogas (CPASad). Foi criada, também, a Portaria GM/816, de 30 de Abril de 2002, que instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, norteando-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS e atendendo às propostas que foram enfaticamente recomendadas pela III Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 2001. O MS assumiu de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública, editando a Política de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas – PNAD, que considerou o tema transversal a outras áreas, como saúde, justiça, educação, desenvolvimento social e assistência social, requerendo uma intensa interação para a execução da política, de modo equânime e justo, sem perder de vista a mudança de paradigma de “doentes” para novos cidadãos merecedores de direitos e do exercício pleno da cidadania.

Com a implantação dos CAPS Transtorno e CAPSad, tem havido um esforço no sentido de incorporar ações de redução de danos – RD na prática desses serviços, tendo com objetivo minimizar as conseqüências do uso e da dependência de SPA e, na medida do possível, buscar viabilizar a substituição do modelo assistencial vigente em saúde mental, ainda predominante-

mente hospitalocêntrico, por redes de atenção especializadas e compostas por dispositivos extra-hospitais.

Em se tratando do público feminino, podemos dizer que tem havido um crescimento no uso de SPA, sem que os dispositivos especializados no cuidado a esta clientela acompanhem o mesmo ritmo.

De acordo com os resultados do II Levantamento Domíliciar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2005, nas 108 maiores cidades do país, com mais de 200 mil habitantes, em comparação com o mesmo estudo realizado em 2001, houve um aumento de 5,7% para 6,9% de mulheres dependentes de álcool em todo o território nacional (BRASIL, 2010). Assim, se faz necessário à criação de políticas públicas, de uma rede assistencial de saúde, de profissionais mais capacitados e estudos relacionados a esta área, buscando maior efetividade.

É sabido que as desigualdades de gênero ainda são enormes em nosso país. Em 1983, o MS formulou um programa que, muito mais que programa, era uma política que reorientava toda a atenção à saúde das mulheres: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM. Esse programa trouxe muitas inovações para as mulheres, pois estava centrado no conceito da integralidade, ou seja, as mulheres passaram a ser contempladas em todas as faixas etárias, em

todos os ciclos de vida, em todos os seus papéis na sociedade e, naturalmente, em todos os seus problemas e necessidades de saúde. Inspirada no PAISM, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM. Esta surgiu diante das necessidades específicas do gênero, sendo estimulada por movimentos sociais. Foi implantada pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com o apoio técnico e financeiro do MS, em parceria com outros órgãos governamentais e organizações não-governamentais – ONG. Nesse sentido, esta política visa contemplar desde a atenção básica no Programa de Saúde da Família – PSF até os hospitais de mais alta tecnologia (COSTA, 2004).

Com o aumento da procura de tratamento por pacientes do sexo feminino, foram verificadas características diferenciais, próprias desta população: o consumo de álcool e drogas entre mulheres carrega um estigma social e moral mais intenso; as mulheres costumam procurar tratamentos médicos clínicos gerais, ao invés de serviços especializados em dependência química; suas razões para início e manutenção do consumo são diferentes; é mais freqüente encontrarmos co-morbidades psiquiátricas (associação de transtornos psiquiátricos, principalmente depressão) em mulheres do que na população dependente masculina. Daí, emergem algumas das dificuldades das equipes que atuam nesta área, no sentido de identificarem que fatores são determinantes da procu-

ra pelo tratamento e que encaminhamentos são necessários naquele momento de fragilidade em que se encontra a mulher (HENNECK; FOX, 1991).

Estação Jandira Masur: um olhar novo e diferenciado sobre mulheres dependentes

A partir da preocupação com a clientela feminina, usuária de álcool e outras drogas, foi criado, na Região Metropolitana da Cidade do Recife, no Distrito Sanitário II, um Centro de Referência especializado no assunto, o Centro de Referência para Mulheres Usuárias de Álcool e outras Drogas Estação Jandira Masur, onde as mulheres são acolhidas de acordo com suas necessidades e são encaminhadas a um tratamento específico, respeitando sua individualidade enquanto ser humano e mulher. O programa terapêutico da instituição é desenvolvido por uma equipe multiprofissional (Agentes de Redução de Danos – ARD, Psicólogas, Terapeuta Ocupacional, Educadora Física, Médico Clínico e Psiquiatra). Esta unidade especializada integra uma proposta mista de cuidado, baseada na formatação de Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad, com modalidades intensivas e semi-intensivas de tratamento, e de Albergamento Terapêutico, para usuárias mais graves. Todas as ações são realizadas visando oferecer um ambiente de prevenção, promoção e

tratamento para estas mulheres. A prática desta unidade de saúde segue os princípios e diretrizes do SUS, bem como as diretrizes do Programa + Vida da Prefeitura do Recife.

Vale dizer que esse serviço de saúde é o único da Região Metropolitana da Cidade do Recife que atende apenas mulheres usuárias abusivas e/ou dependentes de drogas, considerando, ainda, que existem poucas unidades de saúde no Brasil com este tipo de especialidade. Neste sentido, um estudo clínico que vise falar da experiência de profissionais que lidam com este tipo de clientela, a clínica desenvolvida, as estratégias de ação, as articulações possíveis, os encaminhamentos propostos, torna-se raro, inovador e atraente para as produções na área de saúde mental.

A experiência de tratamento de MJ

O caso clínico a ser ilustrado a seguir tem como objetivo falar de aspectos importantes da história de vida de uma usuária dependente de álcool, atendida no Centro de Referência para Mulheres Usuárias de Álcool e outras Drogas Estação Jandira Masur. O caso chamou a atenção da equipe de profissionais, por ter a usuária um nível de formação profissional e intelectual diferenciado da maioria daquelas atendidas no serviço, com nível superior completo e vínculos profissionais sólidos, mas que mesmo nesta condição, demonstrou estrutura

de ego frágil, dificuldade de elaborar e encaminhar projetos, baixa tolerância a frustrações e conflitos familiares intensos, que dificultaram o desempenho apropriado de suas funções enquanto mãe, mulher e profissional. As informações foram coletadas através de registros em prontuários e de entrevistas individualizadas.

MJ, mulher de 40 (quarenta) anos, Professora, Pós-Graduada, funcionária pública, mãe de três filhos, dois meninos (23 – vinte e três – e 10 – dez – anos) e uma menina (03 – três – anos), apenas procurou ajuda neste serviço, muito recentemente, quando começou a perceber os comprometimentos do seu comportamento dependente. MJ é filha mais velha de uma prole de 02 (dois) filhos, sendo o seu irmão do sexo masculino. Ela iniciou o uso de álcool, por influência paterna, quando tinha cerca de 09 (nove) anos e participava do ritual de “servir” o pai, nos momentos em que ele bebia. Em alguns casos, não só o servia como também tomava alguns goles de bebida, chegando a “embriagar-se” por diversas vezes. Na adolescência, MJ iniciou a ingestão diária de álcool, intensificando este uso nos finais de semana (frequência que perdurou até a fase adulta).

Em termos de histórico familiar a respeito do uso da droga, além do genitor, que segundo registros de prontuário, atualmente, encontra-se em abstinência, fazem uso exagerado de bebida alcoólica o tio materno, o irmão e o filho mais velho de MJ.

No que diz respeito à vida sexual de MJ, há relatos de que a iniciou por volta dos 15 (quinze) anos e teve seu primeiro filho aos 16 (dezesseis) anos. Durante o período reprodutivo, há informações de ter passado por 11 (onze) abortos, 01 (um) provocado e 10 (dez) espontâneos. Relata que após ter provocado o primeiro aborto, ficou com um problema no útero, o que motivou os dez abortos posteriores, sendo necessária cirurgia para correção do mesmo.

MJ teve 03 (três) relacionamentos conjugais, com no mínimo 03 (três) anos de duração, tendo com cada um de seus companheiros 01 (um) filho. Os términos destas relações não foram motivados pelo uso abusivo do álcool, mas traição por parte de um dos companheiros, e nas demais relações por motivos desconhecidos. Segundo a usuária, aos 37 (trinta e sete) anos engravidou de gêmeos. Esta gestação foi de risco e, nos momentos em que ela precisava de intervenção na maternidade durante o pré-natal, MJ fugia do internamento para fazer uso de álcool. No momento do parto, apenas um dos filhos sobreviveu. MJ foi abandonada pelo seu companheiro no decorrer de sua gestação e, a partir deste momento, intensificou o uso de álcool de tal modo que suas atividades em casa, no trabalho e na vida social foram comprometidas. Só assim, MJ começou a perceber que esse uso estava trazendo prejuízos a sua vida. Atualmente, apenas o pai do seu filho de 10 anos dá uma quantia pequena de dinheiro para auxiliar no sustento do mesmo, porém, não participa dos cuidados e educação da criança.

No que se refere a envolvimento com situações de violência, há registro de ter sido agredida por familiares em função do seu estado de embriaguez e, também, de ter sido furtada nessas situações. Referencia relacionamento tensionado e bastante conflituoso com o filho mais velho, mas principalmente, com a figura materna, pois conta que apanhava muito dela desde quando criança até a fase adulta. Sente-se preterida em relação ao irmão mais novo. Vale salientar que sua genitora sempre assumiu a responsabilidade por ela. Parece ter uma relação “mais satisfatória” com o pai, embora o agrida verbalmente em momentos de intoxicação alcoólica.

MJ mora, atualmente, em casa própria, com o filho de 10 anos e uma filha de três anos. O filho, por sua vez, vem assumindo, cotidianamente, tarefas próprias de adultos, pela dificuldade de MJ assumí-las, principalmente, quando está sob efeito de drogas. Assim, MJ se angustia, não se percebe exercendo sua função materna e entra no embate com sua genitora. Durante a rivalidade, tende a perder a disputa, frustra-se, e a sensação de impotência, muitas vezes, a leva a beber.

Embora só este ano tenha procurado tratamento especializado para dependência química, os dados do prontuário de MJ revelam presença de sintomas anteriores, ligados à possível existência de uma co-morbidade psiquiátrica, como

depressão. Segundo ela, há 08 (oito) anos, quando o pai do seu segundo filho a traiu, se auto agrediu, cortando os pulsos com uma tesoura. Recentemente, pensou e comprou veneno para se matar, mas não tomou; bem como ameaçou jogar-se na frente do trem, após uma briga com seu genitor, quando estava intoxicada.

Quanto à escolaridade e condição de emprego, MJ conseguiu concluir curso superior e passar em 02 (dois) concursos públicos. A genitora da paciente possui nível fundamental incompleto e trabalhou numa loja de tecido até MJ fazer 12 (doze) anos, época em que ela e seu irmão ficavam com tias maternas. MJ está passando por um inquérito administrativo, em um de seus vínculos empregatícios, por freqüentes faltas no ambiente de trabalho, relacionadas ao uso dependente de álcool. Assim sendo, recebe remuneração de um dos vínculos apenas, mas terceiros, que não são familiares (comadre), administram seus recursos. MJ fica com uma parte do dinheiro para beber. Financia para si e para os outros o consumo da droga. É reconhecida em sua comunidade como a “Rainha do Sindicato dos Papudinhos”.

MJ procurou tratamento apenas em fevereiro de 2010, após cerca de trinta anos de consumo de bebida alcoólica, ao identificar prejuízos clínicos, psiquiátricos e sociais decorrentes do uso da droga. Inicialmente, foi atendida no CAPSad do Distrito Sanitário V e, após cerca de 04 (quatro) meses de

acompanhamento neste serviço, sem conseguir manter-se abstinente por muito tempo, foi encaminhada e admitida na nossa unidade, na modalidade albergue, em 24 de junho de 2010. No momento da triagem, chegou com sinais de intoxicação leve (odor alcoólico e lentificação motora) e apresentava humor deprimido, ansiedade, insônia, baixa auto-estima e cuidados pessoais prejudicados, sendo admitida no mesmo dia.

Iniciado o tratamento medicamentoso e sua participação em atividades grupais, MJ foi aderindo gradativamente ao projeto terapêutico singular – PTS construído com ela. Nesse processo, o serviço, no que se refere ao acompanhamento familiar, tentou mediar os conflitos através de ações terapêuticas próprias, tais como, reuniões de família e atendimentos individuais. No que diz respeito ao âmbito profissional, a equipe buscou favorecer os trâmites referentes ao processo administrativo (fornecendo declarações), estabelecer contatos por telefone e encontros para discussão do caso com profissionais de apoio ao servidor da instituição a qual MJ está vinculada.

Durante o albergamento, clinicamente falando, foram percebidas alterações da tireóide, dificuldade de circulação sanguínea nos membros inferiores e quadro hipertensivo. Assim, MJ foi encaminhada para ser atendida fora da unidade, por especialistas da área. Apresentava também oscilações de

humor, embotamento afetivo e pensamentos com conteúdos pessimistas. Durante a modalidade citada, houve uma estabilização no seu quadro clínico e uma melhora significativa no humor, na auto-estima, nos cuidados pessoais, na coordenação motora, além da diminuição da ansiedade e da insônia.

Quanto ao aspecto familiar, MJ conseguiu restabelecer, minimamente, o relacionamento com sua mãe e seu filho mais velho. No aspecto individual, foi encaminhada à psicoterapia logo após sua alta clínica da condição de albergamento, que aconteceu em 28 de agosto de 2010. Deste modo, houve, a partir desta data, a admissão na modalidade intensiva, na qual a usuária passava o dia no serviço. Vale considerar que MJ só compareceu a referida psicoterapia para um primeiro atendimento. Após este, recaiu ao uso de modo problemático e não foi ao segundo atendimento agendado. A mesma não compareceu para o tratamento na unidade de saúde por quase duas semanas. Não foi referenciada ao CAPSad de origem por pedido seu e pela fato da equipe ter avaliado em reunião técnica, após discussão do seu caso clínico, a importância do vínculo estabelecido com a instituição, aspecto muito positivo para dá continuidade ao seu tratamento. Contudo, a usuária teve recaídas recorrentes, repetindo o mesmo padrão dependente, o que a levou a um novo albergamento, em 08 de outubro de 2010. MJ, por sua vez, justificou sua recaída com o seu retorno ao convívio familiar, de onde demanda boa parte dos seus conflitos pessoais, mais especificamente com sua mãe e seu filho.

Discussão

Esta produção teve como objetivo central discutir a dependência química em mulheres e, para tal, analisou-se um caso clínico acompanhado na unidade de saúde especializada Jandira Masur. O que pareceu se sobressair no estudo do caso de MJ é o fato de que, mesmo tendo um bom nível de escolarização e de estabilidade profissional, estes aspectos não foram suficientemente relevantes e estruturantes, no sentido de contribuir para uma vivência mais satisfatória com os conflitos psíquicos associados a sua personalidade dependente. Há indícios de que sua vulnerabilidade esteve mais relacionada às questões individuais (intrapsíquicas) do que propriamente sociais. Já em relação à família, MJ esteve inserida em um meio mais saudável, mesmo havendo histórico de alcoolismo em outros membros, como seu genitor. Isto possibilitou um melhor apoio para sua recuperação, fortalecimento dos vínculos afetivos, apesar de suas recaídas, em relação às demais pacientes desse serviço.

Partindo da integralidade do sujeito, vendo-o em seus aspectos biopsicossociais, podemos sugerir que questões individuais, sua história de vida, família e o contexto no qual MJ está inserida podem ser considerados como fatores de predisposição importantes para o desenvolvimento de sua depen-

dência, para seu progresso no tratamento e suas dificuldades de se manter abstinente.

Nesta perspectiva, pensando que a família é o primeiro espaço de socialização, de aprendizado para os filhos, percebemos que este foi meio que propiciou o contato, a iniciação ao uso de bebida alcoólica, uma vez que MJ experimentou o álcool aos 09 (nove) anos, através de seu pai. De acordo com Osório (1989), antes de compreender o que motiva os filhos ao uso de drogas, deve-se questionar o papel dos pais e da sociedade na iniciação e manutenção do uso de SPA. Alguns pais que usam indiscriminadamente cigarros, álcool, tranqüilizantes, entre outras são imitados por seus filhos, revelando, também, que a adicção está relacionada à dificuldade que tem certas famílias no exercício da lei, do limite (FREITAS, 2002). Como o pai de MJ fazia ingestão indiscriminada do álcool, durante o período de sua infância e adolescência, serviu de modelo de referência para reprodução e repetição de tal padrão de comportamento, e não como figura importante de interdição.

Para Rennó (2010), algumas características de personalidade, como pouca tolerância à frustração, sensibilidade frente os momentos difíceis, necessidade de gratificação imediata dos desejos, ação impulsiva em situações difíceis, temor pelo julgamento e crítica dos outros, propiciam ao gênero feminino ao consumo de álcool. Essas características se assemelham com algumas das que MJ apresentou em sua história

pessoal, já que quando esta se depara com algo que não corresponda a seus desejos, se frustra e, não sabendo lidar com a realidade imposta pelo externo, expressa dificuldade de se adaptar, ingerindo álcool como forma de alívio de seus sintomas.

Essa situação foi percebida, notoriamente, após as problemáticas vivenciadas por MJ com sua mãe, principalmente, quando foi proposto (de acordo com o PTS desta paciente) que ela compartilhasse mais suas decisões, planejamentos, cuidados a seus filhos, gerência de sua renda com seus pais, devido a sua fragilidade psicológica e dificuldade de autonomia. Logo após esta pactuação, a mesma se sentia sempre criticada, não gratificada por sua mãe pelas suas ações, mesmo que não tenha efetivado as mudanças a que se propôs, chegando a recair. Outra questão externa relacionada à ingestão dependente de MJ diz respeito a suas desilusões amorosas, já que ela não conseguiu superar suas dificuldades, reestabelecendo sua relação destrutiva com o álcool em várias fases da vida.

Ainda segundo Rennó (2010), o nível cultural ou sócio-econômico não são fatores que influenciam o uso/abuso de drogas, pois cerca de 50% das mulheres dependentes têm segundo e terceiro grau completos e boa situação financeira. Estas questões são similares a MJ, que é graduada e pós-graduada, com potencial intelectual e uma estável condição sócio-econômi-

ca. Contudo, estes recursos não são suficientes/estruturantes para deixá-la fortalecida e, assim, enfrentar suas dificuldades do dia-a-dia.

De acordo com Birman (2001), os sujeitos ingressam na drogadição, no contexto atual, de forma desesperada, em busca de algo mágico para extinguir os sofrimentos inerentes à condição da existência humana, ocultando a visualização das desilusões que o existir, seguramente, gera para qualquer pessoa. Então, por meio do uso de drogas, os sujeitos podem viver (ser e estar no mundo), atingindo o nirvana. “O que se estabelece é um pacto de morte, numa transação marcada pela alienação da vida do sujeito no outro, por meio de um objeto ambíguo de satisfação/mortificação” (BIRMAN, 2001: 203). Isso remete a personalidade frágil e insegura de MJ, que não suporta os dissabores inevitáveis do cotidiano e não consegue considerar suas potencialidades, além das oportunidades do meio, para reelaborar suas perdas, frustrações, viabilizando para si uma melhor qualidade de vida.

Vale salientar que, embora as medidas de RD tenham como objetivo tornar o uso do álcool mais seguro, existem situações em que este consumo é considerado de alto risco. Desta forma, a “tolerância zero” em relação ao uso do álcool deveria ser promovida. No caso de MJ, pelas posturas diante das dificuldades da vida e por apresentar pouco controle em relação à ingestão do uso do álcool, fazendo muitas vezes associação entre a bebida e objetos do cotidiano, a equipe pretende levá-la a perceber que

a RD pode ajudá-la em um primeiro momento, mas que, devido aos problemas sociais, financeiros, clínicos, psicológicos e físicos apresentados, a abstinência faz-se necessária. Contudo, é importante que MJ expresse seus desejos, aumentando seu grau de liberdade e co-responsabilidade ante seu tratamento.

Considerações finais

Diante do que foi exposto, percebemos que a drogadição se mostra como um assunto complexo e multifatorial, nos levando a considerar o que impulsiona os sujeitos, propriamente o gênero feminino em suas especificidades, ao uso de drogas. Este estaria relacionado a vários indutores nos aspectos individuais, familiares e sociais. Para se analisar essa problemática, é fundamental considerar a história de vida de cada usuário, sempre relacionando o momento histórico em que ele está inserido com o contexto no qual vive.

Neste sentido, o tratamento das usuárias de drogas não deve ser pautado apenas nas intervenções na problemática. Antes disso, é preciso fomentar práticas de promoção de saúde para viabilizar o desenvolvimento de sujeitos críticos frente as suas demandas pessoais e sociais, em prol de uma construção e/ou resgate de uma postura reflexiva e política sempre atuante, buscando gerar qualidade de vida e autonomia dos sujeitos.

Utilização do fumódromo como estratégia de adesão ao tratamento da dependência química: um relato de experiência

Luigi Santos
Ana Célia Aguiar
Roberta Uchôa

Implantação do fumódromo: Contextualização do problema

A Casa do Meio do Caminho – CMC Celeste Aída é um espaço de tratamento para pessoas com história de uso de substâncias psicoativas – SPA, que desenvolveram uma relação de consumo sem controle, trazendo assim, prejuízos para suas vidas. Esta casa tem como proposta servir de espaço protegido, em regime intensivo (24h), com permanência de cerca de 45 dias, para pessoas que desejam ou necessitam parar ou diminuir o uso de drogas.

As CMC tratam-se de albergues terapêuticos, ou seja, um serviço de atenção primária à saúde, da Secretaria de Saúde – SES, da Prefeitura da Cidade do Recife – PCR, criados a partir de 2003. Os usuários chegam a estes serviços referenciados pelos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad, que também são unidades de saúde recém criadas como espaços substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos.

Desde o início do funcionamento da CMC Celeste Aída, foram estabelecidos critérios para que os usuários pudessem ser referenciados para este espaço, dentre eles, a garantia de que aquela casa proporcionasse uma experiência com a abstinência de todas as drogas. O uso de qualquer droga na referida CMC não seria admitido durante a permanência do usuário na unidade de saúde. Com o correr do tempo, percebemos que muitos usuários que procuravam o serviço não conseguiam ficar por muito tempo. Havia muitos pedidos de altas e comportamentos transgressores, particularmente o uso de cigarro de tabaco na casa. Dentre os usuários, na maioria alcoolistas e adultos-jovens com uso compulsivo de crack, era relatado que a abstinência das drogas aumentava a ansiedade, desencadeando uma forte fissura pelo cigarro, e isso era insuportável para muitos, que não conseguiam concluir o tratamento.

Começamos a nos dar conta de que precisávamos pensar sobre como melhorar o acesso dos usuários que buscavam ajuda para se tratar das drogas, pois como indicado anteriormente, era “tudo ou nada”: ou o usuário aceitava o pacote completo de abstinência “compulsória”, inclusive do tabaco, ou perdia o direito de permanecer no albergue.

Esta posição era paradoxal, pois os princípios da política de redução de danos – RD eram norteadores da Política de Atenção aos Usuários de Drogas da SES/PCR. Apesar de nossas reflexões e de reconhecer a necessidade de certa flexibilização na abordagem da questão do tabagismo, não foi possível, de imediato, implantar as mudanças necessárias. Nessa época, conviviam na SES/PCR duas estratégias de abordagem das drogas: abstinência e RD. A então Coordenação do Programa de Controle do Tabagismo, respaldada no disposto na Lei Federal nº 9.294/96, na Lei Estadual nº 12.578/04 e na Lei Municipal nº 15.901/94, bem como, através do decreto municipal 22.000/2006²⁶ envidava esforços no sentido de implantar o Programa Recife Ambientes Livres do Fumo e, assim, defendia a proibição do uso do tabaco em qualquer unidade da Prefeitura do Recife. Desta forma, ficamos, por cerca de 36 (trinta e seis) meses, assistindo às freqüentes solicitações de alta por parte dos usuários, que na sua maioria eram usuários de múltiplas drogas, sobretudo o crack, cujo consumo os colocava em maior situação de vulnerabilidade social, podendo haver iminente risco de vida.

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos de, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2004: 10).

²⁶Institui o programa Prefeitura do Recife Livre do Fumo e regulamenta o uso de produtos fumígenos nas dependências das unidades da Administração Direta e Indireta do Município do Recife.

Contextualização histórico-política da rede de saúde mental do Recife

No ano de 2001, no primeiro ano de gestão do então prefeito João Paulo, é criada a Coordenação de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer – CCTFRC, da SES/PCR. Esta Coordenação é vinculada ao Departamento de Atenção à Saúde, sem vínculo direto com a Coordenação de Saúde Mental.

Existia a Coordenação de Saúde Mental, mas que era totalmente voltada para as questões da atenção às pessoas que sofriam de outros transtornos psíquicos, que não os decorrentes de AD. Até 2002, não havia na Secretaria de Saúde de Recife uma Coordenação específica para as questões relativas ao álcool e outras drogas (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008: 09).

Ações pontuais de RD, nos anos de 2002 e 2003, foram sendo realizadas, buscando levar informações sobre o uso nocivo de drogas. Apenas em 2003, a SES/PCR decide dividir a Saúde Mental em duas coordenações, colocando as questões referentes ao álcool e outras drogas separadas das questões relativas ao transtorno mental. Com a criação de uma coordenação de álcool e outras drogas, dentro da Saúde Mental, é criado o Programa + Vida, com a prioridade de criar uma rede

substitutiva de atenção aos usuários de drogas. Houve, então, um redirecionamento político que buscou enfatizar, nesse momento, a questão do uso de drogas na cidade do Recife (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008).

Esse redirecionamento político de divisão toma contornos diferentes dos outros municípios do país e da orientação geral do Ministério da Saúde – MS, que prevê que para promover a atenção integral à saúde mental é necessário lidar, também, com os transtornos advindos do uso abusivo de drogas. As questões relativas aos cuidados do sofrimento psíquico passaram, então, em Recife, a serem tratadas de maneira segregada, sem um “olhar” integral do sujeito. Em contra ponto, a política de RD tomou uma maior visibilidade na Saúde Mental, o que talvez não ocorresse se a mesma estivesse seguindo a orientação do MS.

Sob a coordenação de Saúde Mental, leia-se transtornos psíquicos, visto que há esse organograma diferenciado, estão os CAPS, as Residências Terapêuticas e os ambulatórios de saúde mental nas policlínicas e hospitais gerais. Na Coordenação da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool, Fumo e outras Drogas, encontram-se os CAPSad, as UD, os Redutores de Danos (RD), os ambulatórios nas policlínicas e as Casas do Meio do Caminho (CMC) (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008: 55).

A Política Municipal de Atenção Integral aos Usuários de Álcool, Fumo e outras Drogas é subdividida em duas ordenações distintas: a Coordenação do Programa + Vida e a CCTFRC.

Com relação à questão específica do tabagismo, a SMS (Secretaria Municipal de Saúde) de Recife optou pela junção das duas concepções de abordagem diferenciadas, o que nos faz refletir acerca da contradição existente no seio da concepção do modelo escolhido: o Programa + Vida incorpora as estratégias e abordagens para o tratamento dos usuários de AD na perspectiva de minimizar os prejuízos à saúde sem necessariamente preconizar a abstinência como o único meio de se abordar a questão do uso da droga, que é a concepção da RD. Mas também aceita a abordagem e a construção de Ambientes Livres do Fumo que só considera como meta de tratamento, a abstinência do usuário (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008: 62).

Com a conseqüente atuação da CCTFRC, apoiada, ainda, pelo supracitado decreto municipal nº 22.000/2006, todos os prédios da PCR passaram a ser considerados “ambientes livres do fumo”, inclusive, os serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, como as CMC (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008).

O afastamento das duas gerências (redução de danos e controle do tabagismo), e conseqüente alinhamento da gerência de redução de danos com a gerência de saúde mental, faz com que os entraves existentes entre as primeiras sejam minimizados, visto que estas ganham certa autonomia entre si. A gerência de redução de danos sai do posicionamento de uma gerência ou “departamento sobre drogas” na SES/PCR, para uma gerência que atua no âmbito da saúde mental.

Os ganhos e perdas relacionados a essa mudança política, e conseqüente implantação dos fumódromos nas CMC, terão avaliação específica tecida a partir deste ponto.

Problematização, implantação e resultados do fumódromo

Torna-se um paradoxo manter um serviço com as características da CMC, sem que haja um aporte para os fumantes que não desejam ou não conseguem parar com o uso. Nesse serviço, o uso de qualquer droga, até pouco tempo, era motivo deliberativo para altas administrativas, ou seja, o uso do tabaco era considerado uma ação tão prejudicial ao tratamento como o é o desrespeito e ameaça aos funcionários e usuários do serviço.

Altos números nas altas a pedido, por abandono e administrativas endossam a crítica a um serviço que conta com cerca de 30% de altas clínicas, o que nos remete a repensar a prática clínica exercida nesse serviço, com baixa adesão dos albergados que pedem alta, transgridem ou abandonam o tratamento. Muitos deles, por não suportar a falta do tabaco ou não quererem ficar em abstinência desta SPA, relataram ser este o motivo das altas a pedido e, portanto, a maior dificuldade para aderir ao tratamento.

Fomos testemunhas de discursos dos usuários afirmando que era uma tortura a sua permanência naquele local de tratamento, fato relacionado diretamente a situação de permanecer em abstinência de todas as drogas durante as 24 horas do dia. Fomos obrigados a fazer valer o procedimento de dar alta administrativa para usuários que usassem o tabaco no serviço e, em muitos dos casos, os usuários estavam desenvolvendo um bom tratamento que, no momento, era interrompido pelo acontecimento de “transgressão” pontual.

Enquanto profissionais do serviço, não podíamos flexibilizar a alta administrativa, mesmo nos casos onde avaliávamos que esta seria um provável desencadeador de mais prejuízos relativos à dependência do usuário. Nossa equipe não concordava com esse procedimento e avaliávamos que esse só prejudicava nossa prática, além de ir de encontro com o princípio de integralidade do SUS, pois deixávamos de disponi-

bilizar cuidado para uma grande gama de usuários dependentes que precisavam de tratamento.

Somente em 2009, a dicotomia abstinência-redução de danos no Programa + Vida é enfrentada e, assim, é iniciado um processo de discussão para implementação dos fumódromos nos CAPSad e CMC. Após longas e acirradas discussões, os fumódromos são implantados nas CMC, não sendo aprovados nos CAPSad, apoiando-se no fato de que a permanência do usuário neste serviço se dava em apenas um dos turnos (manha, tarde ou noite), logo, o tempo de permanência sem o uso do tabaco seria menor, se comparado com a CMC (24 h).

Após essa contextualização, podemos passar para a discussão sobre a implantação do fumódromo na CMC Celeste Aída. A equipe recebe a orientação de que haverá uma reunião²⁷, onde todos deveriam participar, que contará com a presença da gerente do Programa + Vida e apoio técnico. Então, antes da implantação propriamente dita do fumódromo no serviço, houve uma reunião onde participaram os 07 (sete) agentes redutores de danos – ARD, a gerente da CMC,

²⁷Com o objetivo de auxiliar a equipe na tarefa de implantação do fumódromo no serviço. Os principais temas discutidos foram: local, regras de funcionamento e definição de procedimentos interventivos. Vale salientar que não foi imposto à equipe um modelo de funcionamento do fumódromo e todo o procedimento de implantação utilizou a escuta das opiniões dos ARD como principal fonte de definição das ações a serem desenvolvidas.

a gerente do Programa + Vida, apoio técnico e técnica de nível superior, onde foi definido o espaço de funcionamento do fumódromo e foi dada a orientação geral de que o espaço não poderia se tornar um espaço de convivência para os usuários.

Os critérios cogitados para o local foram: menor exposição dos profissionais ao local, ambiente com boa circulação de ar, passível de demarcação e sem assentos. Seguindo essa lógica, discutimos que o principal objetivo do fumódromo é favorecer a adesão do sujeito a CMC oferecendo, em contrapartida, um espaço onde o usuário pudesse utilizar o tabaco para diminuir suas angústias e servir como apaziguador dos sintomas de abstinência da droga que elegera para tratamento (em sua grande maioria, álcool e crack).

Dessa forma, as regras de não poder se sentar, levar violão, conversar ou utilizar qualquer tipo de jogo dentro do espaço demarcado foram definidas, para tentar evitar que este ambiente se tornasse um espaço eleito pelos pacientes como principal ponto de relação interpessoal, o que acabaria desfavorecendo, por exemplo, a relação com o corpo de funcionários, que deveriam evitar estar próximos ao fumódromo, evitando a sua exposição à fumaça.

Como não encontramos registros sobre este tipo de experiência, os procedimentos adotados na CMC para iniciar a implantação do fumódromo na instituição foram baseados, so-

tudo, no relato de experiência vivenciada pela sua então gerente operacional em instituição onde trabalhou anteriormente. O lugar do fumódromo ficou, então, reservado a uma área de 2 m² do lado exterior da casa e suas regras iniciais foram as seguintes:

- Não é permitido levar cadeiras ou qualquer coisa que possa favorecer um tempo maior de permanência;
- Todas as pessoas, sejam elas do corpo de funcionários, familiares ou usuários, devem utilizar o espaço do fumódromo para o uso do tabaco e respeitar as suas regras de utilização;
- Após o fechamento da casa (às 23h) não se pode mais fumar, devendo o usuário permanecer em abstinência até a reabertura do serviço (às 6h).

Esse espaço do fumódromo, apesar de aberto, fica próximo ao consultório e refeitório e, portanto, expõe as pessoas nestes ambientes à fumaça do tabaco. Pensando em algumas pessoas que não queriam se expor a essa fumaça durante sua refeição, concluímos que seria necessário reservar um tempo mínimo de 15 (quinze) minutos após o início das refeições sem que nenhum paciente pudesse utilizar o fumódromo, de forma a garantir que os outros albergados pudessem se alimentar sem se expor a fumaça do tabaco.

Após a sua implantação, percebemos que o espaço estava sendo utilizado por vários pacientes a todo momento, o que tornava o local tumultuado. Com isso, mais uma regra foi discutida em reunião e implantada, sendo então estabelecido o limite de 03 (três) pacientes ao mesmo tempo no fumódromo.

Nesse sentido, além das regras anteriores citadas, foram acrescentadas mais duas:

- Apenas 03 (três) pessoas podem utilizar o espaço do fumódromo ao mesmo tempo;
- Após o início das refeições, fica proibido o uso do fumódromo por 15 (quinze) minutos, ou seja, se o almoço for iniciado às 12h, somente às 12h15 pode-se utilizar o fumódromo.

Dentre os resultados que podemos apontar como conseqüentes da implantação do fumódromo na CMC Celeste Aída, estão os seguintes: maior tempo de permanência no serviço, maior número de altas clínicas, menor número de altas por abandono. Estes resultados refletem em última análise na maior adesão dos usuários, em especial, os usuários de crack.

Fomos testemunhas de usuários que afirmaram ser insuportável a permanência no serviço sem uma válvula de es-

cape eficiente para as angústias provocadas, principalmente, pela abstinência de todas as drogas. Estes mesmos usuários relataram que, desse modo, não conseguiam concluir o tratamento e acabavam saindo do serviço de alta a pedido ou escolhiam a transgressão, utilizando o tabaco nos banheiros ou em locais inusitados da casa, sendo flagrados e recebendo alta administrativa pelo uso.

Presenciamos, também, falas de usuários que desejam parar também com o uso do tabaco e que afirmavam que o fumódromo acaba por se tornar um dispositivo desencadeador de angústia por tornar mais difícil a tarefa. Devemos realçar aqui que esse tipo de fala foi pouco presente dentre os usuários do serviço.

Por fim, outro ponto a ser considerado é o aumento do consumo de tabaco entre os usuários. É freqüente presenciarmos falas de usuários que avaliam que o consumo de tabaco aumentou, consideravelmente, com o início do tratamento. Podemos levantar duas hipóteses: a de que o tabaco estaria substituindo a abstinência do crack, por exemplo, e a de que o espaço do fumódromo pode ser, de fato, um potencializador do uso, até por ser este um local utilizado por eles para dirimir suas angústias e efeitos negativos da abstinência.

Impasses da rede de atendimento ao usuário de drogas e as conseqüências à sua reabilitação social

Bárbara Batista Vieira
Kelma Oliveira da Silva
Márcia Cristina Silva
Suzi M. S. de Arruda Falcão
Adriana Otaciana da Silva
Erica Paula de Negreiros
Francegleidecy Cunha
Lygia Batista da Silva Malzac
Nelson Rodrigues da Costa
Roberta Uchôa

Introdução

AMC (iniciais fictícias), 22 anos, dependente químico de crack e outras drogas, iniciou tratamento no CAPSad René Ribeiro em 19/12/2009 e, desde esta ocasião, comoveu a equipe pela sua problemática social, risco de morte e desejo de tratar-se. Em 23/04/2010 foi albergado na Casa do Meio do Caminho – CMC Antônio Nery Filho²⁸, permanecendo no serviço até o dia 09/08/2010, quando teve alta terapêutica e foi transferido para a Comunidade Terapêutica Centro de Reabilitação Sara Vida.

A escolha de seu caso para realização da presente análise deu-se pela verificação do exemplo de coragem e luta para superação, não somente das drogas, mas de vários comportamentos inadequados que assimilou durante sua vida.

170

O mencionado caso tornou-se incomum por ter desencadeado soluções e encaminhamentos adversos da realidade, por meio da construção de uma rede solidária que se formou gradati-

vamente entre os profissionais, extrapolando os muros do CMC. Esta rede informal veio a complementar a rede de serviços públicos, no sentido de assegurar o atendimento integral que casos dessa natureza exigem. As ações realizadas através da solidariedade da equipe viabilizaram sua transferência para uma comunidade terapêutica que oferecia local seguro e tratamento de longa duração em um momento bastante pontual de sua trajetória de vida.

Foi observado que, apesar da condição de exclusão sócio-familiar e da fragilidade da rede pública em relação às demandas dos dependentes químicos, por qualificação profissional, trabalho, saúde, educação, justiça, moradia etc., AMC não se deixou levar

²⁸É um dispositivo da rede pública de saúde do Recife. Este é voltado às pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade na exposição aos riscos do uso prejudicial de álcool, fumo e outras drogas e que precisam de um tratamento integral, protegido, por um período aproximado de 45 dias. Este período varia em função da avaliação técnica e do Projeto Terapêutico Singular – PTS de cada usuário.

pelos infortúnios da vida e nem pelo prazer do crack, que na maioria das vezes destrói vínculos construídos e possíveis de se construir.

Para a realização deste estudo, foi necessária a concordância do usuário, que compreendeu que o resultado deste relato possibilitará benefícios ao processo de reabilitação de usuários de substâncias psicoativas – SPA. Em contrapartida, houve compromisso de garantir a sua privacidade e para isto foram utilizadas iniciais fictícias.

Relato de caso

AMC nasceu na cidade de Palmares, em Pernambuco. Quando criança, residiu com os pais e mais seis irmãos. Estudou o primeiro grau menor de forma incompleta e apenas consegue assinar seu nome. O pai, que fazia uso de álcool e tabaco, faleceu quando ele tinha 11 (onze) anos de idade. Nesta ocasião, AMC já fazia uso de cola. Após a morte do genitor foi morar com um dos irmãos em Recife, perdendo logo cedo os vínculos afetivos com o restante da família.

Aos 12 (doze) anos, no Recife, AMC intensificou o uso de drogas, introduzindo a maconha e o cigarro, tornando-se este último a droga de sua preferência. Aos 15 (quinze) anos, foi pego pela polícia e foi interno na antiga Fundação da Criança e do Adolescente – FUNDAC, onde ficou por seis meses, quando foi liberado por bom comportamento.

Aos 19 (dezenove) anos, começou a fazer uso de crack e em pouco tempo passou a usá-lo compulsivamente. Para garantir o uso do crack, cometia pequenos delitos (furtos e assaltos nas residências da família, de vizinhos e de estranhos), o que o levou a vivenciar o risco de morte.

Devido à continuidade do uso do crack, AMC foi expulso da casa do irmão e foi residir no Cabo, na casa de uma irmã envolvida com o tráfico, que foi assassinada meses depois. Não se adaptando em lugar algum, retornou para Palmares, onde ficou por pouco tempo, devido aos roubos, tráfico e ameaças de morte. Foi, então, obrigado a sair de Palmares, passando a residir com um amigo em Abreu e Lima, mas AMC chegou a roubá-lo para adquirir o crack e foi expulso de sua casa.

Aos 20 (vinte) anos, sem referência familiar e sem moradia, AMC passou a viver em via pública no bairro de Jardim São Paulo, cidade do Recife, onde ficou por 02 (dois) anos.

Levando uma vida sem paradeiro, sem teto e sem família, AMC tentou suicídio várias vezes. Quando buscou tratamento no CAPSad René Ribeiro, apresentou apenas a cópia de uma conta de luz de um colega que permitia que ele dormisse na sua oficina.

Ao chegar ao CAPSad, devido a seu estado de intoxicação, foi encaminhado a uma Unidade de Desintoxicação

(responsável pelo atendimento de dependentes químicos que precisam de internamento hospitalar), mas como não havia vagas, teve que retornar às ruas.

Como AMC continuava na rua e usando crack compulsivamente, foi então indicado para albergamento na CMC Antônio Nery Filho. AMC, mesmo com a indicação, também teve que esperar para iniciar tratamento no referido serviço, pois a casa estava lotada.

Finalmente, em 23/04/2010, AMC foi acolhido e, ao ser admitido, foi submetido a avaliações clínicas e psiquiátricas. Ele chegou ao serviço cabisbaixo, desconfiado, depressivo e com muitos medos. À época apresentava perda de peso, insônia, inquietação, muita fissura e o hábito de esmurrar com frequência as mãos, gesto considerado agressivo pelos técnicos da CMC. Foi então medicado com Carbamazepina de 200 mg (1+0+1), Levomepromazina de 25 mg (0+0+1) e Hidróxido de Alumínio. Seu diálogo era monossilábico e demonstrava perda de expectativa de vida, agressividade, desejo de morte, prejuízos no autocuidado e afetivos/sociais.

Ao participar dos primeiros atendimentos, sentiu receio de falar nas suas dificuldades, apesar da orientação quanto à forma sigilosa de trabalho da instituição, sendo estimulado a confiar na equipe que pacientemente aguardava o seu momento. Ele comentou que a CMC poderia ajudá-lo ainda

mais, não fosse a preocupação que sentia de falar questões pessoais nos grupos, por receio que pudesse ser motivo de chacota para os colegas. Lembrou-se de que a experiência na FUNDAC o influenciou a ser desconfiado e a ter sensação de perseguição. Para proteger-se desses medos, procurava manter-se em silêncio em boa parte dos grupos.

Destaca-se que, nos grupos, AMC referia desejo de parar todas as drogas e, principalmente, com os delitos e os roubos. Era comum falar em um sonho de um dia trabalhar e poder devolver tudo o que furtou dos vizinhos, familiares e amigos. Isto parecia ser um tormento em sua vida e assim queixava-se que já “(...) não suportava carregar este peso na mente” (sic).

Os seus relacionamentos também se desenvolveram com alguns atropelos, devido ao fato de ser uma pessoa explosiva com alguns colegas. Foi estimulado a pensar que poderia ter um maior autocontrole e melhorar seu relacionamento com os outros. Tentou resolver se calando, às vezes, mas foi motivado a exercitar o diálogo e a resolver suas dificuldades conversando.

Certa vez, AMC falou a respeito de seu comportamento agressivo da seguinte forma: “Eu criava confusão, pra cha-mar atenção e me fazer de coitadinho. Aí depois eu fui percebendo que uma repreensão muitas vezes é melhor do

que passar a mão na cabeça. Sendo repreendido, a gente aprende mais sobre a vida (...) Aí eu comecei a agir diferente” (sic).

Ao longo do tempo, AMC foi reconhecendo que, além das dificuldades sociais, ele era uma pessoa muito impaciente e que isto o impedia de aproveitar o albergamento. Foi então estimulado a reconhecer seus erros perante os colegas, chegando a conseguir desculpar-se com o grupo e prometer que iria aproveitar mais o tratamento.

Em outra ocasião, AMC verbalizou seu desejo de ajudar os outros usuários da CMC: “Se eu conseguisse ajudar os outros que têm os mesmos problemas que eu, me sentiria melhor” (sic). Pensou que não conseguiria, justificando que se seu conselho não fosse aceito, ele ficaria zangado e entraria em discussão. Foi então estimulado a ouvir opiniões contrárias as suas e aprender a respeitá-las.

AMC começou a confiar nos colegas e na equipe, conseguindo expor o desejo de mudanças. Apresentou preocupação sobre o que seria de sua vida após a alta da CMC. Sugerimos, então, o Centro de Reabilitação Social – CRS (serviço da rede de assistência social da cidade do Recife), como uma possibilidade de moradia gratuita para casos daquela natureza, mas AMC rejeitou por ter ouvido falar que lá era um ambiente de risco e que, possivelmente, iria recair. Sua de-

cisão foi respeitada para que refletisse sobre outras soluções para sua vida, permitindo um tempo maior de internamento no serviço.

Essa sugestão da equipe deu-se devido às possíveis conseqüências que AMC teria após uma alta terapêutica, como por exemplo, o provável retorno às ruas. Na avaliação técnica, tal atitude não foi vista como sendo terapêutica, pois poderia levar o tratamento e o investimento do usuário a perder.

Outra estratégia utilizada com AMC para garantir uma maior abstinência e redução das fissuras foi a suspensão das primeiras saídas de finais de semana, uma vez que além de não ter para onde ir, correria riscos de lapsos e de encontrar pessoas que pudessem lhe prejudicar. Entretanto, já não conseguindo passar tantos dias em ambiente fechado, após algumas semanas, foi liberado para sua primeira saída. No grupo de retorno, verbalizou que se sentiu triste, pois não tinha lugar para onde ir. Analisou que tinha responsabilidade por estar nessa condição, ao agir com estupidez com os outros e com seus familiares.

Apesar das dificuldades vivenciadas e da falta de perspectivas, AMC não cometeu lapsos nas suas saídas de final de semana e direcionava estas saídas para tentar reencontrar seus familiares. Compensava sua ansiedade e aliviava suas

tensões nas medicações e no uso do tabaco, cedido pelos colegas e pelo irmão.

Após algumas semanas, AMC melhorou a sua autoconfiança e o relacionamento com os colegas e a equipe técnica. Ao mesmo tempo, também melhorou sua capacidade de ouvir e dialogar. Em uma ocasião, encontrou nove pedras de crack na CMC²⁹ e as entregou ao agente redutor de danos – ARD de plantão, o que demonstrou um exemplo de superação e responsabilidade com o tratamento.

Na tentativa de resgatar os vínculos familiares perdidos, AMC realizou o primeiro contato com sua genitora por telefone, ficando bastante frustrado ao saber que ela não poderia recebê-lo, por encontrar-se doente e devido aos riscos que ele correria em Palmares, cidade onde já recebera ameaças de morte. Quanto ao irmão que residia em Recife, apesar das conversas com a equipe sobre o tratamento de AMC e seu novo comportamento, este também se negou a acolhê-lo, alegando dificuldades de moradia, embora oferecesse vez por outra algum dinheiro para cigarros.

Houve também tentativas para resgatar o vínculo com uma irmã que reside em São Paulo, mas após alguns contatos, a mesma decidiu não recebê-lo, pois o marido não havia permitido. Esta ligação telefônica foi realizada no orelhão próxi-

mo a CMC, com recurso de um dos profissionais da Unidade, uma vez que não é possível realizar ligações interurbanas no serviço.

Diante das negativas, apelou-se para uma visita domiciliar ao irmão que residia no Recife. Para esta atividade, foi solicitado acompanhamento da sua técnica de referência do CAPSad que, sensibilizada com a problemática do usuário, concordou com a visita. A visita foi realizada em 08/06/2010 e, apesar da receptividade do irmão de AMC, o mesmo apresentou dificuldades em recebê-lo, pois ele já havia tido muitas confusões no bairro, dificultando assim o seu retorno. Entretanto, alegou que o irmão não ficaria na rua, após a alta da CMC.

Com o passar dos dias e das tentativas da equipe para ajudá-lo, a confiança de AMC na equipe era ainda maior, e até seu hábito de esmurrar as mãos foi aos poucos desaparecendo. Buscou-se cada vez mais uma aproximação e diálogo, de acordo com os interesses de AMC, o que melhorava sua autoestima. Vale salientar, que a equipe viu que todo o processo precisaria se desenvolver de forma paciente e confiante, pois devia se respeitar a capacidade de autonomia do usuário.

²⁹Apesar de ter havido várias reuniões técnicas e escuta dos hóspedes, a equipe não conseguiu descobrir a origem da droga na Unidade. A suspeita é de que algum hóspede as tenha escondido na CMC após participação, junto com parte da equipe, em um evento.

Dessa forma, ACM começou a perceber a necessidade de voltar aos estudos, qualificar-se profissionalmente para ter acesso a empregos, ter um lar e amigos. Dizia que aceitaria qualquer emprego que lhe possibilitasse obter um local para sua moradia.

Na ocasião, manteve-se contato com a equipe do Estado, responsável pelos novos programas de proteção a usuários de crack em risco de morte. Fomos informados que o programa ainda estava sendo implantado, não havendo recursos disponíveis naquele momento e sendo sugerido o encaminhamento a uma comunidade terapêutica. Após alguns contatos, constatou-se que mesmo as comunidades terapêuticas não tinham vagas, estando os serviços superlotados.

Em 09/06/10, surgiu um convite por parte de um ex-hóspede da casa, que sensibilizado com a problemática de ACM, ofereceu-lhe tratamento no Centro de Reabilitação Sara Vida. Para viabilizar seu encaminhamento àquele Centro, seria necessária a realização de exames clínicos, odontológicos e providenciar alguns documentos civis.

Surgiu então a dificuldade de atendimento na rede SUS para realização de exames especializados, principalmente o cardiológico, pois não havia diagnóstico de problemas cardíacos a serem esclarecidos. Como acessar o cardiologista sem cotas para exames especializados nos CAPSad?

Não sendo viabilizado o exame através do SUS, AMC realizou o procedimento com apoio de técnicos da CMC, que sensibilizados com o seu caso, recorreram à rede privada, conseguindo gratuitamente realizar o parecer cardiológico dentro de poucos dias.

Quanto à documentação civil, não havendo recursos disponíveis e nem registro de nascimento, não seria possível a AMC providenciar sua carteira de identidade. Mais uma vez, um dos funcionários da CMC, com apoio de um amigo que trabalha em cartório, conseguiu providenciar os documentos necessários, sem custos.

Em 29/07/10, já com toda documentação em mãos, AMC ainda sofreu um risco de recaída em uma das saídas de final de semana, quando foi assediado por um rapaz que lhe convidou para ir até o seu apartamento. AMC falou com tristeza dos tempos que precisava se prostituir a fim de conseguir drogas, mas desta vez pensou diferentemente e reagiu com firmeza, dizendo não às investidas realizadas por àquela pessoa no apartamento supracitado. AMC começou a valorizar as transformações que alcançou, vistas inclusive na atividade física, nas quais o educador físico comentava como AMC amadureceu a cada dia e tornou-se aberto às mudanças.

Contudo, ainda havia uma dificuldade a ser superada por AMC a fim de assegurar sua entrada no Sara Vida. Naquele

espaço não poderia fumar tabaco. Ele pensou em desistir do tratamento, pois acreditava que não conseguiria ficar sem fumar. Assim, foi estimulado a aprender a conviver sem os cigarros, valorizando esta oportunidade em sua vida.

Finalmente, em 09/08/10, AMC partiu para o Sara Vida, já preparado para enfrentar uma nova etapa em sua vida, em Vitória de Santo Antão. Apresentava-se ansioso, mas otimista com as novas perspectivas e com a possibilidade de ser acolhido pelo irmão, depois de concluído seu tempo de tratamento.

Discussão

O apoio dado pela equipe da CMC para que AMC fosse transferido para a Comunidade Terapêutica Centro de Reabilitação Sara Vida teve como objetivo a suspensão da sua condição de morador de rua, um maior tempo de abstinência e sua inclusão social.

Segundo Queiroz (2001: 06), as Comunidades Terapêuticas se definem como espaços “que funcionam em regime de vida comunitária, obedecendo a um programa fundamentado na disciplina, na espiritualidade e no trabalho como recursos terapêuticos”. Segundo a autora, os usuários se empenham na organização da comunidade, no auto-cuidado e nas culturas

agrícolas existentes, com limites definidos, enfatizando o aspecto moral, espiritual e ético. Para ela, essas comunidades têm uma função social importante, pois acolhem e dão abrigo aos usuários no sentido da proteção, não garantindo, porém, a cura da dependência.

Tomando como base esses princípios defendidos por Queiroz, considerou-se que, para AMC, a comunidade terapêutica representou um espaço de garantia dos seus direitos de cidadão, que precisavam ser preservados a fim de que fosse mantida sua integridade física, ameaçada pela condição de exclusão social em que se encontrava.

Pontuou-se que a desintegração da rede de atenção ao dependente químico na cidade do Recife foi um grande impasse para o tratamento de AMC. A falta de vagas para desintoxicação em tempo hábil agravou seu estado de saúde, inclusive psicologicamente. O mesmo se observou na precariedade das moradias públicas disponíveis para proteção, em casos de ameaças por morte e proteção imediata, sem contar as dificuldades para marcação de exames especializados e providências quanto a documentos civis que só foram conseguidos através dos esforços pessoais da equipe técnica do serviço.

Em relação aos documentos e exames, eles teriam que ser realizados dentro de um período curto, pois havia a necessidade de garantir a sua vaga na instituição Sara Vida.

Verificou-se que as tentativas, na rede pública, para realizar tais exames foram ineficientes, pois não havia cotas disponíveis para este atendimento, principalmente, por se tratar de um exame especializado.

A auditoria operacional no sistema de saúde pública do Distrito Federal (TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL, 2008), constatou um número expressivo de usuários sem acesso a consultas médicas e odontológicas, identificando como causa a deficiência no planejamento e na implementação das ações de saúde, associada à gestão carente de recursos humanos e com funcionamento precário. As especialidades na rede pública do Sistema Único de Saúde – SUS, em Recife, parecem ser hoje também de difícil acesso e de encaminhamentos longos, principalmente em casos como esse, em que não havia histórico de doença grave ou solicitação de especialista da área. Como agendar, por exemplo, uma consulta na atenção básica, se aquele usuário não residia no bairro e não havia queixas e hipóteses diagnósticas que justificassem a realização do procedimento?

A escassez de serviços de moradia gratuita e emergencial na rede pública, para acolher pessoas em situação de vulnerabilidade social, foi outra grande demanda a qual precisaria ser dada maior atenção pelos órgãos públicos, lembrando que parte dos usuários em tratamento na CMC e CAP-Sad passam por tal situação.

AMC, na ocasião, era morador de rua e carente de roupas e utensílios pessoais, inclusive de higiene, sendo necessária a solidariedade das pessoas para dar conta de tal demanda, uma vez que este tipo de ajuda também não está disponível na rede pública. Faltaram também recursos financeiros para providenciar fotos e passagens para sua locomoção e, mesmo tendo conseguido ajuda da equipe, o usuário passou por constrangimentos ao verbalizar que já “se sentia um peso para o serviço” (sic).

Chama-se atenção para a ausência da atuação da justiça diante desses casos, pois as várias tentativas por parte da equipe técnica da CMC em aproximar o usuário da família não obtiveram resultado positivo. Especialmente, pela falta de segurança dos familiares em recebê-lo, devido às complicações inerentes ao envolvimento com as drogas.

Os limites encontrados na resolução deste caso refletem a fragmentação e descontinuidade de ações intersetoriais, ações estas que nos remetem ao conceito de rede, “cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações” (MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONASEMS, 2009: 193).

A garantia do acesso aos serviços e à participação do usuário em seu tratamento são princípios assumidos pelo SUS

como direitos a serem garantidos. Campos (2003) defende que a condição básica para a construção de vínculo está na capacidade da equipe responsabilizar-se pela ação integral à saúde dos que vivem em dado território e pelo modo da equipe se encarregar de cada caso, intervindo singularmente. O estabelecimento de vínculos entre o serviço e seus usuários poderia ajudar na construção da co-responsabilidade e de uma perspectiva ampliada da clínica, possibilitariam a transformação dos serviços em locais de acolhimento e enfrentamento coletivo das situações ligadas ao problema.

Segundo o Ministério da Saúde (2003), o uso de álcool e outras drogas, por se tratar de um tema transversal a outras áreas da saúde, da justiça, da educação, entre outras, requer uma intensa capilaridade, um sistema para a execução de uma política de atenção integral ao consumidor de álcool e outras drogas. No caso de AMC, deveria ter ocorrido a utilização da rede pública de serviços de saúde do Recife, juntamente com outros órgãos públicos de outras áreas, como a educação e a assistência social, por exemplo, para uma ação integral.

O vínculo entre a equipe e ACM teve um estabelecimento de destaque em relação a outros casos do serviço que, se por um lado não houve tanta disposição por parte do usuário, também aconteceu da equipe não ter recursos para um atendimento de maior qualidade.

Por outro lado, chama-se a atenção do importante trabalho desenvolvido nas Casas do Meio do Caminho na cidade do Recife, que vai além de uma estadia transitória da sua reinserção habitacional, posto que leva o indivíduo a reflexões profundas e ajuda na tomada de consciência da dependência, impulsionando-o a construir projetos de mudanças.

O trabalho na CMC é baseado nos modelos de grupo operativo de Pichon-Rivière, que parte da perspectiva de que o grupo é um veículo de tratamento e a tarefa se constitui como um organizador dos processos de pensamentos, comunicação e ação que ocorrem no interior do grupo, sem perder de vista que o sujeito é o mais importante agente de sua mudança. Este modelo também considera que toda mudança pode se produzir em todos os campos, mas tem sua estrutura organizada no social, que cria as condições necessárias para isso (REVIÈRE, 2000).

O autor fala em adaptação ativa da realidade como adequação às exigências do meio, onde o indivíduo é levado a aprender a pensar em termos da resolução das dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal, possibilitando assumir novos papéis com maior responsabilidade, surgindo daí o projeto de vida. A passagem de AMC pela CMC favoreceu a busca por novas perspectivas para sua vida, incluindo aí a superação da dependência das drogas.

Observou-se, ainda, que AMC já era excluído de direitos sociais que deveriam ser garantidos efetivamente a toda população brasileira. Direitos esses que ele fora excluído antes mesmo de ser dependente químico. Foi preciso a articulação, o envolvimento de colegas e profissionais da rede privada para que ele fosse encaminhado para a Comunidade Terapêutica do Centro de Reabilitação Sara Vida, a fim de obter um futuro menos incerto após sua alta da CMC.

Porém, sabe-se que, mesmo resolvendo o problema da dependência, AMC não resolveria necessariamente o problema da exclusão. Dessa forma, a expressão das dificuldades vivenciadas por ele e por tantos outros usuários pode demonstrar que a sua reinserção social é uma dívida da sociedade que precisa ser paga com dignidade para que o indivíduo, pela falta de recursos, não assuma o papel de marginal, migrando para a delinquência e decida cobrar a dívida com a violência.

O caso AMC se identifica com a situação de muitos cidadãos que não têm garantidos os seus direitos sociais neste país, pois segundo Zaluar (1999: 11), é “neste contexto sócio-econômico mais amplo que o consumo de drogas tem crescido grandemente entre as parcelas mais pobres da população do Brasil, as mais afetadas pelas falhas da escola e do mercado de trabalho”.

Considerações finais

Diante do exposto, observou-se que o caso de AMC foi considerado inusitado pela equipe, porque demonstrou que é possível superar a compulsão pelo crack quando se deseja reconstruir a vida. Confirmou, também, que a quebra de vínculos familiares, a precariedade das condições sócio-econômicas e, especialmente, a desintegração da rede de atenção às pessoas usuárias de álcool e outras drogas – em relação às áreas de trabalho, educação, saúde, justiça e qualificação profissional – são fatores que agravam a problemática da dependência química, dificultando a reinserção social.

Para finalizar, enfatiza-se que o Estado precisaria aumentar sua participação no tratamento para dependentes químicos, atuando de forma mais integral, favorecendo o acesso a escolas, tratamento, qualificação profissional, habitação, assessoria jurídica e trabalho, para uma real inter-setorialidade, como defendem os princípios do SUS. Só desta forma atenuaremos os impactos perversos do sistema capitalista, do desemprego e da má distribuição de renda e seus efeitos sociais e morais junto aos dependentes químicos.

Referências

ALMEIDA, CRS. Drogas: uma abordagem educacional. São Paulo: Olho d'Água, 1999.

AMARANTE, P. (Org.). Loucos pela vida: a trajetória de reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE:ENSP, 1995.

ANDRADE, TM; FRIEDMAN, SR. Princípios e práticas de redução de danos: interfaces e extensão a outros campos da intervenção e do saber. In: SILVEIRA, DX; MOREIRA, FG (Orgs.). Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu, 2006.

180

ANDRETTA, I. A entrevista motivacional e a psicoeducação em adolescentes usuários de drogas que cometeram ato infracional. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

BARNES, JA. Redes sociais e processo político. In: FELDMAN-BIANCO, B (Org.). Antropologia das sociedades contemporâneas: métodos. São Paulo: Global, 1987.

BIRMAN, J. Mal-estar na atualidade: psicanálise e as novas formas de subjetivação. 3 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

BRASIL. Manual de redução de danos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Portaria nº336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Decreto nº 5.658, de 02 de janeiro de 2003. Promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

_____. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASÍLIA. Redução de danos. Brasília: OBID, 2008.

BRONFENBRENNER, U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

BUCHER, R. Drogas e drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CAMARGO-BORGES, C; JAPUR, M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. In: Revista Texto e Contexto, 17(17): 64-71. Florianópolis: Revista Texto e Contexto, 2008.

CAMPOS, D. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 2007.

CAMPOS, GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARLINI, EA; GALDURÓZ, JCF; NOTO, AR; NAPPO, SA. I Levantamento domiciliar nacional sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil. São Paulo: SENAD/CEBRID, 2001.

CARVALHEIRA, IMA. Re-significando a ação clínica psicológica na assistência à criança queimada: uma experiência em questão. Dissertação Mestrado. Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2003.

CONTE, M. Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. Porto Alegre: Boletim da Saúde Porto Alegre, 2004.

COSTA, AM. Atenção integral à saúde das mulheres: Quo Vadis: uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das

mulheres no Brasil. Tese de doutorado. Universidade de Brasília, Brasília, 2004.

CRITELLI, DM. Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo: EDUC, 1996.

CRUZ, MS. Redução de Danos, Prevenção e Assistência. In: SENAD. Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 2 ed. Brasília: SENAD, 2010.

CUNHA, TCMC. Que Narciso é esse? In: Revista Mal-Estar Subjetivo, 01(01): 64-71. São Paulo: Revista Mal-Estar Subjetivo, 2008.

DELGADO, PG; CORDEIRO, F. A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasil. In: ANDRADE, TMD. (Org.). O uso de substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009.

DIÁRIO DO NORDESTE. Redução de Danos. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=69505>. Arquivo capturado em 27 de setembro de 2010.

DOMANICO, A. Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo dos nóias! - Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

DUALIBI, LB; RIBEIRO, M; LARANJEIRA, R. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. São Paulo: ABEAD, 2008.

EL-KHATIB, U. Quando se trata de investigar “crianças e adolescentes em situações de risco pessoal e social”... In: Cadernos de Terapia Ocupacional UFS, 1(7): 1-13. Sergipe: Cadernos de Terapia Ocupacional UFS, 1998.

FAZENDA, I. Empowerment e participação, uma estratégia de mudança. São Paulo: Centro de Investigação sobre História e Trabalho Social, 2001.

FEFFERMANN, M; FIGUEIREDO, R. Redução de danos como estratégia de prevenção de drogas entre jovens. São Paulo: Boletim do Instituto de Saúde, 2006.

FIGLIE, NB; BORDIN, S; LARANJEIRAS, R. Aconselhamento em dependência química. São Paulo: ROCA, 2004.

FONSECA, EMD; BASTOS, FI. Políticas de Redução de Danos em Perspectiva: Comparando as Experiências Americana, Britânica e

Brasileira. In: ACSELRAD, G (Org.). *Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

FOUCAULT, M. *História da loucura: na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, W. *Medicina humanizada com arte*, In: MELO, PFBC; DIAS, RC & FREIRE, W. (Orgs.) Recife, Edupe (2010).

FREITAS, LAP. *Adolescência, família e drogas: a função paterna e a questão dos limites*. Rio de Janeiro: Mauad, 2002.

FREUD, S. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

GALDURÓZ, JCF; NOTO, AR; NAPPO, SA; CARLINI, EA. *I Levantamento domiciliar nacional sobre uso de drogas psicotrópicas – parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do estado de São Paulo*. São Paulo: FAPESP/CEBRID, 1999.

GARCIA, SI. *Perdas e danos: violência e a subjetividade do usuário*. In: BAPTISTA, M; INEM, C. *Toxicomania: uma abordagem multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1997.

HENNECK, L; FOX, V. *A mulher com alcoolismo*. In: GTILOW, SE; PEYSER, HS. *Alcoolismo: um guia prático de tratamento*. 2 ed. Porto alegre: Artes Médica, 1991.

IBGE. *Senso 2000*. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.ibge.gov.br/seculoxx/seculoxx.pdf>. Arquivo capturado em 28 de outubro de 2010.

INCA. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.inca.gov.br>. Arquivo capturado em 26 de outubro de 2010.

INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION. *O que é redução de danos: uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos*. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf. Arquivo capturado em 08 de outubro de 2010.

LACERDA, RBD. *Drogas depressoras (benzodiazepínicos, inalantes, opiáceos): efeitos agudos crônicos no SNC e outros sistemas orgânicos*. In: LACERDA, RBD (Org.). *Efeitos de substâncias psicoativas no organismo: módulo 2*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, 2009.

LAMBIE, G. Motivational enhancement therapy: a tool for professional school counselors working with adolescents. Londres: Professional School Counseling, 2004.

LANCETTI, A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec, 2003.

LUBMAN, DI. Inhalant abuse among adolescents: neurobiological considerations. In: British Journal of Pharmacology, v. 154, p. 316-326. Londres: British Journal of Pharmacology, 2008.

MACHADO, K. Como anda a Reforma Psiquiátrica? [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/38/capa.html>. Arquivo capturado em 10 de outubro de 2010.

MARLATT, GA. Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MARX, K. Introdução crítica da economia. São Paulo: Cortez, 1989.

MELCOP, AG; CAMPOS, AR; FRANCH, M. Sem preconceitos. Um guia sobre o consumo de drogas para profissionais, usuários e curiosos. Recife: Cartilha do Centro de Prevenção às Dependências, 2002.

MELILLO, A; OJEDA, ENS (Orgs.). Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed, 2005.

_____. Clínica Ampliada e Compartilhada. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: http://bvsmssaude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Arquivo capturado em 27 de outubro de 2010.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. In: Ciência & Saúde Coletiva, 13(11): 121-133. São Paulo: Ciência & Saúde Coletiva, 2008.

MOREIRA, FG; SILVEIRA, DX; ANDREOLI, SB. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. In: Ciência & Saúde Coletiva, 13(11): 807-816. São Paulo: Ciência & Saúde Coletiva, 2006.

MOTTA, AE. Cultura e crise e segurança social. São Paulo, 2004.

NAPPO, S. Só medo da morte faz o usuário de crack pedir ajuda. São Paulo: UNIAD, 2010.

NARDI, HC; RIGONI, RQ. Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. In: Psicologia em Estudo, 02(10): 273-282. Maringá: Psicologia em

Estudo, 2005.

NASCIMENTO, MAA; MISHIMA, SM. Construindo uma prática de relações. In: *Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem*, 02 (02): 12-5. São Paulo: *Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem*, 2004.

NOTO, AR; GALDURÓZ, JCF; NAPPO, AS; FONSECA, AM; CARLINI, CMA; MOURA, YG; CARLINI, EA. V Levantamento nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: SENAD/CEBRID, 2003.

OLIVEIRA, LG; NAPPO, SA. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. São Paulo: Hucitec, 2008.

OLIVESTEIN, C. Ser toxicômano no ano 2000. São Paulo: ABEAD, 1998.

OPAS. Conceito de Saúde. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.opas.org.br/ambiente/temas.cfm?id=44&area=Conceito>. Arquivo capturado em 29 de novembro de 2010.

_____. Recife respira melhor: a implantação de ambientes livres do fumo. Brasília: OPAS, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Cara-

cas. Conferência regional para reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina no contexto dos sistemas locais de saúde. Brasília: OPAS, 1990.

OSÓRIO, LC. Adolescente hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

PEDROZO, MDFM; SIQUEIRA, MEPBD. Solventes de cola: abuso e feitos nocivos à saúde. In: *Revista de Saúde Pública*, 04(23): 336-340. São Paulo: *Revista de Saúde Pública*, 1989.

PILLON, SC. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. In: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(4):676-82. São Paulo: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2004.

POTTES, AL. A autoridade constituída como facilitadora do crescimento pessoal. In: SILVA, GL (Org.). *Coação ou co-ação: diálogo entre justiça e saúde no contato com usuários de drogas*. Recife: Bagaço, 2005.

PRATTA, EMM; SANTOS, MA. Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. Ribeirão Preto: Hucitec, 2006.

QUEIROZ, IS. Os programas de redução de danos como es-

paços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Adoção de ações de redução de danos direcionadas aos usuários de drogas: concepções e valores de equipes do Programa de Saúde da Família. São João Del-Rei: Pesquisas e Práticas Psicossociais, 2007.

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, RC. Casas do Meio do Caminho: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas. Dissertação de Mestrado. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

RAMOS, SP; BERTOLETE, JM. Alcoolismo hoje. São Paulo: Artmed, 1997.

RASSIAL, JJ. O que os adolescentes ensinam aos analistas: ciclo de palestras. São Paulo: Instituto de psicologia, 2002.

RECIFE. Plano Municipal de Saúde. Recife: Secretaria de Saúde, 2005.

186 _____. Política de redução de danos do município. Recife: Secretaria de Saúde, 2007.

_____. Relatório de avaliação anual do CAPSad Estação Vi-

cente Araújo, 2008 e 2009. Recife: Secretaria de Saúde, 2009.

_____. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.recife.gov.br>. Arquivo capturado em 10 de outubro de 2010.

_____. Atenção básica à saúde – Recife em defesa da vida, cartilha da Secretaria de Saúde do Recife, 2010.

RABELO, ARR. Um manual para o CAPS. Salvador: EDUFBA, 2006.

RENNÓ, JJ. Hospital das Clínicas. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.netpsi.com.br>. Arquivo capturado em 18 de outubro de 2010.

REVIÈRE, EP. O processo grupal. 6 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

RIBEIRO, M. O crack: origens, exclusão social e violência. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.einstein.br/alcooledrogas>. Arquivo capturado em 07 de outubro de 2010.

SAIDE, OL. Alcoolismo e comorbidade: a existência negada do duplo diagnóstico. In: GIGLIOTTI, A (Org.). Dependência, compulsão e impulsividade. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2007.

SANCHEZ, ZVDM; NAPPO, SA. Da primeira droga ao crack: a seqüência de drogas consumidas por um grupo de usuários na cidade de São Paulo. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.einstein.br/alcooledrogas>. Arquivo capturado em 10 de outubro de 2010.

SANTOS, M. A Natureza do espaço. Técnica e tempo. Razão e emoção. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

SCADUTO, AA; BRABIERI, V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química. São Paulo: Hucitec, 2009.

SCHENKER, MCS; MINAYO, M. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. In: Revista Ciência & Saúde Coletiva, 07(04): 299-306. São Paulo: Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2003.

SCHMIDT, MLS. Aconselhamento Psicológico e Instituição: algumas considerações sobre o serviço de aconselhamento psicológico do IPUSP. In: MORATO, HTP. Aconselhamento centrado na pessoa: novos desafios. São Paulo: Casa dos Psicólogos, 1999.

SENAD; SENASP. III Curso de Capacitação Sobre Redução da

Oferta e Demanda de Drogas. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.redeamigadacrianca.org.br>. Arquivo capturado em 10 de agosto de 2006.

SOUZA, J; KANTORSKI, LP; MIELKE, FB. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPSad. Ribeirão Preto: Hucitec, 2006.

TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL. Auditoria operacional no sistema de saúde pública do Distrito Federal (versão simplificada). Brasília: Tribunal de Contas do Distrito Federal, 2008.

TULLER, NGP; ROSA, DTM; MENEGATTI, RP. Crack e os Perigos de uma Viagem sem Retorno. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/iccesumar/article/viewPDFInterstitial/556/471>. Arquivo capturado em 20 de setembro de 2010.

VASCONCELOS, MCM. S.O.S Drogas: realizando a mediação entre indivíduo e rede de saúde. In: SILVA, GL (Org.). Coação ou co-ação: diálogo entre justiça e saúde no contato com usuários de drogas. Recife: Bagaço, 2005.

ZALUAR, A (Org.). Drogas e cidadania. 1 ed. São Paulo: Brasileira, 1999.

Autores

Adilma Pimentel dos Santos Costa, técnica em enfermagem, CAPSad Profo Luiz Cerqueira;

Adriana Neves Marinho, psicóloga, CAPSad Profo Luiz Cerqueira;

Adriana Otaciana da Silva, agente redutora de danos, CMC Profo Antonio Nery Filho;

Aldo Luís Farias, agente redutor de danos, CAPSad Eulâmpio Cordeiro;

Alexandre Alves Guilherme, agente redutor de danos, CMC Profo Luiz Cerqueira;

Ana Célia Aguiar, agente redutora de danos, CMC Celeste Aída;

188 **Ana Lúcia Pottes Vasconcelos**, psicóloga, CAPSad Eulâmpio Cordeiro;

Ana Maria Lopes de Valois, gerente administrativa, CAPSad Eulâmpio Cordeiro;

Antonio Sebastião de Oliveira, agente redutor de danos, CAP-

Sad Profo José Lucena;

Bárbara Batista Vieira, agente redutora de danos, CMC Profo Antonio Nery Filho;

Bárbara Botelho Arrais, terapeuta ocupacional, CAPSad Profo Luiz Cerqueira;

Bárbara Cavalcante Tavares da Silva, agente redutora de danos, CMC Profo Luiz Cerqueira;

Carlos Henrique Reis da Silva, gerente administrativo, CAPSad Profo Renê Ribeiro;

Cláudia Alves da Cunha, técnica em enfermagem, CAPSad Eulâmpio Cordeiro;

Clebes dos Ramos Silva, agente redutor de danos, CAPSad Profo José Lucena;

Cristiane de Alcântara Santana, psicóloga, CAPSad Profo Luiz Cerqueira;

Cristiane de Holanda, assistente social, CAPSad Profo José Lucena;

Cristina Maria Tavares, agente redutora de danos, CMC Profo Luiz Cerqueira;

Cynthia L. Damasio da Silva, agente redutora de danos, CAPSad Estação Vicente Araújo;

Dalvanira Tavares de Souza, enfermeira, CAPSad Estação Vicente Araújo;

Elida Maria do Nascimento, agente redutora de danos, CAPSad CPTRA;

Erica Paula de Negreiros, agente redutora de danos, CMC Profo Antonio Nery Filho;

Érika Soares Correia, psicóloga, CAPSad Profo Renê Ribeiro;

Flávia Oliveira Costa, agente redutora de danos, CAPSad Estação Vicente Araújo;

Franceleidecy Cunha, agente redutora de danos, CMC Profo Antonio Nery Filho;

Galba Taciana Sarmento Vieira, assistente social, tutora/membro do GEAD;

Georgina Brandão da Cruz, agente redutora de danos, CR Estação Jandira Masur;

Geovana Melo de Costa Araújo, coordenação clínica, CAPSad Profo Renê Ribeiro;

Gilson Alves da Silva, agente redutor de danos, CMC Profo Luiz Cerqueira;

Ivana Magaly Lima A. Carvalheira, coordenação clínica, CAPSad Estação Vicente Araújo;

João Marcelo Costa Ferreira, coordenação clínica, CAPSad Eulâmpio Cordeiro;

José Arturo Costa Escobar, biólogo, tutor/membro do GEAD;

Juliana Lins, assistente social, tutora/membro do GEAD;

Karla Michelle Soares Dantas, agente redutora de danos, CR Estação Jandira Masur;

Kelma Oliveira da Silva, agente redutora de danos, CMC Profo Antonio Nery Filho

Leonardo Wanderley Delgado, educador físico, CAPSad Eulâmpio Cordeiro;

Luciana Cibelle Araújo dos Santos, assistente social, CAPSad Profo Renê Ribeiro;

Luigi Santos, agente redutor de danos, CMC Celeste Aída;

Lygia Batista da Silva Malzac, agente redutora de danos, CMC Profo Antonio Nery Filho;

Magaly Hellen dos Santos, agente redutora de danos, CR Estação Jandira Masur;

Magda da Silva Figueiroa, gerente operacional, CAPSad Estação Vicente Araújo;

Marcelo Ferreira Leite, coordenação clínica, CAPSad Profo José Lucena;

Márcia Cristina Silva, gerente operacional, CMC Profo Antonio Nery Filho

Marcio Soares, agente redutor de danos, CAPSad Profo Luiz Cerqueira;

Maria Ângela Bezerra Augusto de Lima, técnica em enfermagem, CAPSad Estação Vicente Araújo;

Maria Carmem de A. Neves Trindade, gerente operacional, CAPSad Profo Luiz Cerqueira;

Maria da Conceição de Melo Vasconcelos, gerente operacional, CAPSad Eulâmpio Cordeiro;

Maria do Socorro Furtado Bastos, agente redutora de danos, CAPSad CPTRA;

Maria Edilene Souza Pereira, assistente social, CAPSad Estação Vicente Araújo;

Maria Izabel G. dos Santos, assistente social, CAPSad Profo Renê Ribeiro;

Maria José de Moura, médica psiquiatra, CAPSad Estação Vicente Araújo;

Maria Lucia Freire, gerente operacional, CAPSad Profo José Lucena;

Maria Suzy Feitosa da Silva, assistente social, CAPSad Eulâmpio Cordeiro;

Marta de Souza Araújo, psicóloga, CAPSad Estação Vicente Araújo;

Micheline Alves de Moraes, psicóloga, tutora/membro do GEAD;

Michelle Campos Carvalho, coordenação clínica, CAPSad Profo Luiz Cerqueira;

Monica Maria dos Santos Bezerra, enfermeira, CAPSad Profo Renê Ribeiro;

Nelson Rodrigues da Costa, agente redutor de danos, CMC Profo Antonio Nery Filho;

Olívia Correia Bandeira do Nascimento, agente redutora de danos, CR Estação Jandira Masur;

Patrícia Alves da Silva, assistente social, CAPSad Estação Vi-

cente Araújo;

Paula Moraes, assistente social, tutora/membro do GEAD;

Paulo José Barroso de Aguiar Pessoa, gerente operacional, CAPSad Profo Renê Ribeiro;

Pollyanna Pimentel, assistente social, tutora/membro do GEAD;

Priscila Cristina Linhares de Carvalho, agente redutora de danos, CMC Profo Luiz Cerqueira;

Priscilla Tainah Sá A. Lira, agente redutora de danos, CAPSad Eulâmpio Cordeiro;

Rejane Silva de Farias, agente redutora de danos, CR Estação Jandira Masur;

Renata Barreto de Almeida, psicóloga, tutora/membro do GEAD;

Ricardo Alves da Cunha, agente redutor de danos, CMC Profo Luiz Cerqueira;

Ritta de Cássia Pantaleão, agente redutora de danos, CAPSad Profo José Lucena;

Roberta Eleonora Pontes Cavalcante, agente redutora de danos, CMC Profo Luiz Cerqueira;

Roberta Uchôa, assistente social, tutora/membro do GEAD;

Romualdo Mendonça de Lucena, assistente social, tutor/membro do GEAD;

Rosália Ernesto da Silva, agente redutora de danos, CR Estação Jandira Masur;

Rosana Almeida de Moraes, assistente social, CAPSad Profo Luiz Cerqueira;

Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque, psicóloga, tutora/
membro do GEAD;

Ruth Bonow Theil, médica psiquiatra, CAPSad Profo José Lu-
cena;

Sayonara Queiroz Coelho, agente redutora de danos, CAPSad
CPTRA;

Selene Cordeiro Vasconcelos, enfermeira, CAPSad Eulâmpio
Cordeiro;

Sílvia de Oliveira Luna, terapeuta ocupacional, CAPSad Eulâm-
pio Cordeiro;

Soraya Araújo Uchoa Cavalcanti, assistente social, tutora/
membro do GEAD;

Suane Maria da Silva, agente redutora de danos, CAPSad Pro-
fo Renê Ribeiro;

Sueli Borges de Lima, gerente administrativa, CAPSad Estação
Vicente Araújo;

Suzi M. S. de Arruda Falcão, assistente social, CMC Profo An-
tonio Nery Filho;

Vaneschka de Almeida Cipriano, agente redutora de danos,
CAPSad Eulâmpio Cordeiro.