



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**GERENCIAMENTO DE CASO EM USUÁRIOS DE CRACK: CONTRIBUIÇÕES PARA O
TRATAMENTO E QUALIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DE UM
CAPS-AD DO DF**

HANNYA ELIANA HERRERA CARDONA

Brasília, julho de 2013



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**GERENCIAMENTO DE CASO EM USUÁRIOS DE *CRACK*: CONTRIBUIÇÕES PARA O
TRATAMENTO E QUALIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DE UM
CAPS-AD DO DF**

HANNYA ELIANA HERRERA CARDONA

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Gandolfo Conceição

Brasília, julho de 2013

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROCESSOS DE DESENVOLVIMENTO
HUMANO E SAÚDE

DISSERTAÇÃO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Maria Inês Gandolfo Conceição - Presidente
Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia

Profa. Dra. Maria Fátima Olivier Sudbrack - Membro
Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia

Profa. Dra. **Vania Maria de Medeiros** - Membro
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba - Núcleo de Estudos
Transdisciplinares em Dependência Química

Profa. Dra. Maria Aparecida Gussi - Suplente
Universidade de Brasília – Departamento de Enfermagem

Brasília, julho de 2013

Agradecimentos

Agradeço a Deus por tudo o que fez e vai fazer na minha vida.

Agradeço a minha querida orientadora, Maria Inês Gandolfo Conceição, quem antes de ser minha orientadora, acreditou nas minhas capacidades e compromisso. Muito obrigada pela paciência, cumplicidade e aprendizados.

Sou muito grata à professora Maria Fátima Olivier Sudbrack pela confiança, apoio, carinho e por seus aportes na minha vida profissional.

Agradeço à CAPES, pelo apoio financeiro.

Agradeço aos meus colegas do projeto “*crack*” como era alcunhado por nos, com especial carinho, às professoras Maria Inês e Maria Fátima, a Mayare Baldini, Eliane Neves e Neide Ribeiro por seu apoio, carinho e paciência comigo.

Agradeço a Jaqueline Tavares de Assis, pelo ajuda e apoio na análise dos dados do perfil do usuário de *crack*.

Agradeço à equipe do CAPS-ad, por todo apoio e disponibilidade. De forma muito especial agradeço aos usuários que confiaram e compartilharam comigo seus logros e angústias e me ensinaram muito mais do que eles imaginam.

Dou graças a Deus pelo meu amado esposo e companheiro Francisco Rengifo, pelo apoio, amor, confiança e por ter me ensinado o valioso da vida. À minha filha amada Juanita Rengifo, pela compreensão, apoio, amor e sobre tudo pelos finais de semana que ela teve que sacrificar para eu poder estudar.

Aos meus pais Gustavo e Marleny, pelo carinho e apoio incondicional, e por me ensinarem os valores da vida.

*“A coisa mais importante é que eu cumpra minha missão,
o trabalho que o Senhor Jesus me deu para fazer”
(Atos 20.24)*

Resumo

Embora se fale muito sobre o tema no Brasil, pouco se conhece sobre a realidade do usuário de *crack* que busca tratamento no Sistema de Saúde. Além disso, os tratamentos costumam ser precários, e o número de pacientes que melhoram sua qualidade de vida ainda é muito pequeno e pouco documentado. Este estudo propõe-se a definir o padrão de consumo e o perfil do usuário de *crack* que busca tratamento no CAPS-ad do DF e analisar as formas de intervenção através do modelo de Gerenciamento de Caso, com o propósito de compreender os significados e as relações construídas por profissionais da saúde e por usuários de *crack* vinculados ao CAPS-ad de uma cidade-satélite do DF. Visa-se com isso contribuir com subsídios para a qualificação de profissionais da área da saúde do SUS. A realização da pesquisa deu-se em dois momentos e gerou dois níveis de análise de dados; a primeira, quantitativa e a segunda, qualitativa. O primeiro momento consistiu no levantamento de dados epidemiológicos sobre o padrão de consumo e o perfil do usuário de *crack* do DF, por meio dos instrumentos: Questionário de dados sociodemográficos, Questionário do Perfil de Consumo de Crack, Escala da Gravidade de Consumo de Crack, *Cocaine Craving Questionnaire Brief*, aplicados a 130 usuários de *crack* do DF que participaram do projeto “Avaliação, gerenciamento de caso e seguimento de usuários de crack que se encontram em tratamento em seis estados brasileiros”. Essas informações foram tratadas através de estatística descritiva e ajudaram a conhecer o perfil do usuário de *crack* que recebe tratamento no CAPS-ad, contribuindo na contextualização do fenômeno. Os dados quantitativos indicaram que os usuários de *crack* apresentam padrão de uso semelhante ao daqueles pertencentes às classes de menor poder aquisitivo, buscam tratamento quando encontra-se abstinente e conscientes sobre os agravos provocados pela droga e apresentam grande suscetibilidade afetiva, sentimentos de culpa, tristeza e vergonha decorrentes de seu envolvimento com a droga. No segundo momento, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dois profissionais da área da saúde (Assistentes Sociais gerentes de casos treinados) e com quatro dos usuários acompanhados pelos respectivos gerentes de casos, nesse mesmo CAPS-ad. Observou-se que a adesão e o engajamento do usuário, bem como o fortalecimento de suas habilidades, não dependem somente do conhecimento técnico e teórico que o profissional possui. A adesão e o atendimento dependem também das capacidades e habilidades em acolher e estabelecer relacionamentos de confiança e vínculo terapêutico com o paciente. Além disso, a falta de articulação e enfraquecimento da rede de saúde (e desta com as demais redes de serviços) podem trazer dificuldades para o processo de reabilitação e reinserção do usuário. As implicações do estudo ressaltam a importância da qualificação dos profissionais da saúde em serviço no que tange à humanização da intervenção com os usuários de drogas, através do acolhimento, engajamento e articulação com os serviços que permitam ao indivíduo reconhecer-se como sujeito e se engajar na própria reabilitação e reinserção social. Nesse sentido, o gerenciamento de caso mostrou-se uma potente ferramenta de intervenção e acompanhamento de usuários de *crack*.

Palavras-chave: *Crack*, Gerenciamento de Caso, Tratamento, Adesão.

Abstract

Although much is said about this topic in Brazil, little is known about the reality of crack cocaine users seeking treatment in the Health System (*Sistema Único de Saúde* - SUS). Furthermore, treatments for crack users in Brazil tend to be precarious and the number of patients that improve their quality of life conditions is still very small, and these cases are not so well documented so far. This study aims to define the consumption pattern and profile of crack users seeking treatment in CAPS ad-DF and analyze types of intervention through the model of Case management, in order to understand the meanings and relationships constructed by health professionals and crack users linked to CAPS-ad of satellite cities of the Federal District. Its central aim is thereby to contribute to the promotion of processes of professional's health qualification, belonging to the SUS. The research occurred in two phases and generated two-level data analysis, the first qualitative and the second of quantitative nature. In the first instance, an evaluation was carried out of epidemiological data taking into account the consumption pattern and crack user profile of the Federal District through the instruments: Sociodemographic Questionnaire, Profile of Crack Consumption Questionnaire, Severity of Crack Cocaine Consumption Scale, Cocaine Craving Questionnaire Brief Scale, applied to 130 crack users who participated in the project "Assessment, case management and accompaniment of crack users in treatment in six Brazilian states". These data were analyzed using descriptive statistics, allowing to understand the profile of the crack users receiving treatment in the CAPS-ad, contributing thus to the contextualization of the phenomenon. Quantitative data indicate that crack use patterns are similar to those of persons belonging to lower income classes, they seek treatment when they remain abstinent and are aware of potential complications caused by the drugs, and have a great emotional sensitivity, as well as feelings of guilt, sadness, and shame arising of the relation to the drug's use. In the second phase, semi-structured interviews were carried out with two health professionals (social workers / case managers trained) and four users accompanied by their case managers, belonging to the same ad-CAPS. It was observed that the adherence and involvement of the users, as well as strengthening their professional skills, not only depend on the technical and theoretical knowledge that the professional has. Adhesion and attention, also depend on the skills and capabilities to accept and build relationships of trust and therapeutic bond with the patient. Moreover, the lack of coordination and gradual weakening of the health network (and this with other services networks) could lead to problems in the rehabilitation and integration process of crack user. The implications of this research highlight the importance of the formation of health professionals. This formation can enable them to understand the importance of humanizing intervention with drug users through acceptance, engagement, and coordination with other services, which will allow drug users as subjects that recognize and get involved in their own rehabilitation and social reintegration. Consequently, Case management proved to be a powerful tool for intervention and accompanying of crack users.

Keywords: Crack, Case Management, Treatment, Adherence.

Sumário

	Página
Lista de tabelas	ix
Lista de figuras	x
Lista de siglas	xi
Introdução	1
Capítulo I – Fundamentação Teórica	5
1.1 Características do <i>crack</i> e suas implicações	5
1.1.1 O <i>crack</i>	5
1.1.2 Epidemiologia	7
1.1.3 Perfil sociodemográfico do usuário de <i>crack</i>	12
1.2 Abordagens, Técnicas e Propostas de Tratamento	14
1.2.1 Abordagem Cognitivo-Comportamental	19
1.2.2 Prevenção de Recaída	20
1.2.3 Treinamento de Habilidades Sociais	22
1.2.4 Entrevista Motivacional	22
1.2.5 Tratamento Farmacológico	24
1.2.6 Abordagem Sistêmica	24
1.2.7 Redução de Danos	25
1.2.8 Gerenciamento de Caso	27
1.3 Legislação	33
1.3.1 O SUS e o atendimento dos usuários de drogas	33
1.3.2 O contexto das políticas públicas sobre drogas	34
Capítulo II – Objetivos	41
2.1 Objetivo Geral	41
2.2 Objetivos Específicos	41
Capítulo III – Método	42
3.1 Contextualização da Instituição	43
3.2 Participantes	45
3.3 Instrumentos	47
3.4 Procedimentos de coleta e análise de dados	48
3.5 Considerações Éticas	49
Capítulo IV – Resultados e Discussão	51
4.1 Primeiro Nível de análise	51
4.2 Segundo Nível de análise	55
Capítulo V – Considerações Finais	72

Referências	75
Anexos	82
Anexo A - Passaporte de Saúde	83
Anexo B - Mapa Mínimo	87
Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Usuários	88
Anexo D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais	90
Anexo E - Roteiro de Entrevista para Usuários	92
Anexo F - Roteiro de Entrevista para Profissionais (Gerentes de Casos)	93
Anexo G - Carta de aprovação do Comitê de Ética CEP/IH – UnB	94
Anexo H – Carta de aprovação do Comitê de Ética CEP/HCPA	95

Lista de Tabelas

	Página
Tabela 1. Dispositivos legais sobre o cuidado do usuário de substâncias psicoativas.	35
Tabela 2. Sínteses das falas dos participantes sobre a apreciação positiva e negativa do tratamento	69

Lista de Figuras

	Página
Figura 1. Componentes de um tratamento integral para usuários de substâncias psicoativas. <i>National Institute of Drug Abuse</i> , 2012	17
Figura 2. Modelo dinâmico de recaída. Marlatt & Donovan, 2005	21
Figura 3. Modelo do Gerenciamento de Caso	29
Figura 4. Rede de Atenção Psicossocial ao Usuário e à Família. Ministério da Saúde	38
Figura 5. Motivos do consumo inicial de <i>crack</i>	52

Lista de Siglas

AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CCQ-B - *Cocaine Craving Questionnaire Brief*

CEP/IH - Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília

COMAD - Conselho Municipal Antidrogas

DF – Distrito Federal

DST - Doença Sexualmente Transmissível

EM - Entrevista Motivacional

GC – Gerenciamento de Caso

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

NIDA - *National Institute on Drug Abuse*

OBID - Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas

ONU - Organização das Nações Unidas

PR - Prevenção de Recaída

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RD - Redução de Danos

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SNC - Sistema Nervoso Central

SPA - Substâncias Psicoativas

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS - Sistema Único de Saúde

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

THS - Treinamento de Habilidades Sociais

UNESCO - *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

UNODC - *United Nations Office on Drugs and Crime*

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

O meu interesse pelo campo de pesquisa do complexo fenômeno da drogadição é antigo. Faço menção a minha vinculação durante três anos (2004-2007) no Programa de Reabilitação de Usuários de Substâncias Psicoativas da Fundação Hogares Claret¹, na Colômbia. Da mesma forma, minha experiência como pesquisadora-mestranda no projeto interinstitucional “Avaliação, gerenciamento de caso e seguimento de usuários de crack que se encontram em tratamento em seis estados brasileiros”, no Departamento de Psicologia Clínica e Cultura da UnB, em convênio com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA. Em Brasília, o trabalho foi desenvolvido com usuários de *crack* que estavam em tratamento num CAPS-ad do DF. Nesse sentido, dividir experiências e compartilhar com alguns profissionais que trabalhavam no CAPS-ad e com alguns dos pacientes (usuários de *crack*) que se encontravam em tratamento no CAPS-ad, permitiu-me compreender e valorar ainda mais o objetivo da presente pesquisa, especialmente ao conhecer, por meio da aplicação de questionários e das conversas com os profissionais e os usuários, as vivências particulares dos pacientes, e também tomar contato com a realidade e constatar a falta de programas que possam gerar mudanças efetivas no estilo de vida dessa população (usuários de *crack*).

No caso da experiência na Colômbia, o processo de reabilitação de pacientes incluía dinâmicas de identificação dos fatores de risco que incidem nessa vinculação com as drogas, atividade que estava sob minha responsabilidade. No caso de Brasília, o atendimento no CAPS-ad realiza-se de forma interdisciplinar, e abrange o trabalho com grupos terapêuticos, terapias individuais e terapias com as famílias dos pacientes, e as entrevistas realizadas possibilitam a identificação dos possíveis fatores de risco (pessoais, sociais, afetivos, etc.) dos usuários de *crack*.

O aumento do consumo de substâncias psicoativas no mundo todo (*United Nations Office on Drugs and Crime* – UNODC, 2012), tem gerado mudanças nas práticas de saúde cotidianas, e também no planejamento de políticas públicas para encarar o consumo desbordado e as consequências colaterais desse tipo de uso, tanto na saúde individual quanto no sistema de saúde geral.

Nos últimos meses, a mídia nacional tem desempenhado um papel fundamental ao difundir que o *crack* é uma das drogas mais temidas atualmente pela sociedade brasileira, tornando-se um grave problema social e de saúde pública. Diz-se que a maior parte dos usuários do *crack* vem das camadas mais pobres da população, mas não podemos esquecer que também há usuários dessa substância em outras classes socioeconômicas (Kessler, Pechansky, 2008). Portanto, trata-se de um problema que merece a atenção do Estado e da sociedade, no sentido de buscar respostas eficazes para fazer frente ao problema, em lugar de incitar a população a estigmatizar ainda mais o usuário e, com isso, justificar ações terroristas como estratégia de combate.

¹ ONG Colombiana com abrangência nacional, criada em 1984, iniciou suas ações procurando a atenção das pessoas em situação de rua. Logo depois abriu programas para atenção aos usuários de drogas.

Pouco se conhece sobre a realidade do usuário de *crack* que busca tratamento no Sistema de Saúde do Brasil. São vários os fatores que interferem tanto na gênese da dependência ao *crack* quanto na efetividade e adesão aos tratamentos, tais como os danos cerebrais, a impulsividade, a fissura pela substância, assim como os vínculos estabelecidos entre o profissional e o usuário. Contudo, também são escassos os estudos na literatura internacional nessa área, apesar de o *crack* ser uma droga conhecida há aproximadamente 30 anos no mundo, e de se constatar um aumento significativo de publicações científicas nas bases de dados internacionais no ano de 2010.

Além disso, os tratamentos para usuários de *crack* no Brasil costumam ser precários, e o número de pacientes que conseguem melhorar sua qualidade de vida e produtividade ainda é muito pequeno, além de serem pouco documentados até o momento. A maioria dos usuários realiza um tratamento que em muitas ocasiões carece de acolhimento, acompanhamento, da realização de um plano de tratamento individualizado, do trabalho das múltiplas dificuldades que o sujeito apresenta, o que pode contribuir para os altos índices de desistência do tratamento. Por outro lado, os modelos que orientam o tratamento do usuário de drogas nem sempre estão alinhados, sendo comum encontrar no mesmo serviço público intervenções que se fundamentam no modelo da abstinência, enquanto outros preveem as recaídas e promovem a redução de danos (Kessler & Pechansky, 2008).

O tratamento é um processo de longo prazo que deve oferecer uma combinação de terapias e serviços que possam suprir as necessidades do indivíduo nas diferentes áreas de desenvolvimento (saúde, família, trabalho, jurídico, etc.) e um monitoramento regular do trabalho realizado durante e após o tratamento, para que possam ser avaliados os avanços e dificuldades apresentadas nesse processo. No mundo todo existe uma variedade grande de tratamentos disponíveis, e o tipo específico ou a combinação de tratamentos irá variar dependendo das necessidades e interesses do paciente, do tipo de droga, da gravidade da dependência e da disponibilidade dos recursos. No Brasil, parece haver pouco conhecimento e muitos mitos em torno da realidade do usuário de *crack*. Em relação às dificuldades enfrentadas pelo usuário de *crack* e seus familiares (conflitos no relacionamento, perda da confiança em si mesmo e nos outros, abandono da família, trabalho, cuidados básicos, etc.), é fundamental o desenvolvimento de estratégias para facilitar o ingresso na rede de atenção e aumentar os índices de aderência aos tratamentos.

A rede de atenção psicossocial busca promover a vinculação das pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack* e outras drogas e suas famílias aos serviços de atenção, e garantir a articulação e integração das entidades que fazem parte das redes de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), qualificando o cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências (Ministério da Saúde, Portaria 3088/2011). Da mesma maneira, as instituições que fazem parte da rede de atenção devem estar sempre funcionando em rede para que possa ser feito um atendimento integral e a tempo, principalmente quando se fala de pacientes com problemas de uso e abuso de substâncias psicoativas. Mas, realmente o trabalho em rede está sendo

feito no tratamento dos usuários de drogas? Como vem sendo feito esse tratamento? O que precisamos aprimorar para oferecer um tratamento mais efetivo? Ao que parece, existem dificuldades no trabalho em rede para oferecer um atendimento integral ao usuário de drogas e suas famílias.

Portanto, esta pesquisa pretende analisar as formas de intervenção por meio do modelo de Gerenciamento de Caso. O propósito é compreender os significados e as relações construídas ao longo da intervenção por parte dos profissionais em saúde, bem como por parte dos usuários de *crack* vinculados ao CAPS-ad de uma cidade-satélite do Distrito Federal, e desse modo, contribuir na qualificação dos profissionais da área da saúde.

Esta pesquisa justifica-se pela importância de avançar no debate acadêmico sobre o tratamento aos usuários de *crack* por meio da intervenção de Gerenciamento de Caso, que possa gerar mudanças significativas no estilo de vida dos usuários, e sirva de base para o desenvolvimento de programas de qualificação dos profissionais da área da saúde na atenção a essa população.

O desenvolvimento da pesquisa contemplou as modalidades quantitativa e qualitativa, dividindo o estudo em dois momentos distintos: 1) Levantamento de dados sobre o padrão de consumo e do perfil do usuário de *crack* do DF realizado por meio dos instrumentos: Questionário de dados sociodemográficos, Questionário do Perfil de Consumo de Crack, Escala da Gravidade de Consumo de Crack, *Cocaine Craving Questionnaire Brief*, a 130 usuários de *crack* do DF que participaram do projeto “Avaliação, gerenciamento de caso e seguimento de usuários de crack que se encontram em tratamento em seis estados brasileiros”. Essas informações permitiram fazer uma descrição do perfil do usuário de *crack* que recebe tratamento num CAPS-ad do DF, ajudando na contextualização do fenômeno a ser estudado nesta pesquisa; 2) Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dois profissionais da área da saúde e com quatro usuários de *crack* vinculados ao CAPS-ad de uma cidade-satélite do DF e que estavam implementando a modalidade de Gerenciamento de Caso. Os dados obtidos permitem compreender e analisar as formas, mudanças e dinâmicas que apresentam as falas dos profissionais da área da saúde e dos usuários, bem como suas interações. Com base nessas falas e interações, pretende-se identificar as características, significados, sentidos, emoções e afetos envolvidos, e a partir deles estabelecer o papel que esses processos têm na intervenção.

Os resultados deste estudo serão apresentados com o intuito de aportar subsídios para a avaliação e o planejamento de ações a serem realizadas com usuários de substâncias psicoativas. O principal alvo deste trabalho é o atendimento prestado aos usuários de *crack* e suas famílias, com vistas a contribuir na qualificação dos profissionais a cargo do tratamento de usuários de *crack* vinculados ao CAPS-ad, levando em consideração as significações construídas pelos profissionais e usuários sobre a intervenção mediante o Gerenciamento de Caso. Sendo assim, propõe-se

investigar essa temática, visando as suas contribuições para o ensino, a pesquisa e a assistência no campo da saúde.

A dissertação está organizada em cinco capítulos. O capítulo I aborda a fundamentação teórica acerca do tema *crack*, incluindo dados do perfil sociodemográfico, epidemiologia, diferentes tipos de abordagens, técnicas e propostas de tratamento e as políticas públicas no Brasil. O capítulo II apresenta os objetivos que nortearam o estudo. O capítulo III descreve o método, bem como suas especificidades e procedimentos. O capítulo IV expõe os resultados e a discussão da pesquisa, dividido em duas fases: na primeira fase estão os resultados relacionados aos dados obtidos na pesquisa “Avaliação, gerenciamento de caso e seguimento de usuários de crack que se encontram em tratamento em seis estados brasileiros”, permitindo a descrição do perfil do usuário de *crack* que recebe tratamento num CAPS-ad do DF; na segunda fase encontra-se a análise das entrevistas realizadas com os usuários (pacientes do Caps-ad) e os profissionais (Assistentes Sociais - gerentes de casos). Por último, o capítulo V apresenta as considerações finais.

Capítulo I – Fundamentação Teórica

1.1 Características do *crack* e suas implicações

O consumo de substâncias psicoativas (SPA), na atualidade, é considerado um problema mundial (UNESCO, 2010), por causa do impacto que tem gerado não apenas na população diretamente envolvida, mas na sociedade como um todo. De um modo geral, em todos os âmbitos – social, econômico, político, da saúde, da previdência social, da educação, do trabalho e da segurança – incidem as consequências do consumo de SPA. O Estado, por sua vez, arca com um enorme custo socioeconômico com impacto nos indicadores de futuro desenvolvimento do País.

O uso abusivo de SPA pode afetar indiscriminadamente qualquer pessoa, sem distinção de condição social, afiliação política, condição socioeconômica, gênero ou cor da pele. O problema de consumo de SPA traz consequências associadas a agravos à saúde devidos ao alto índice de consumo e outras ligadas a fatores psicológicos, sociais e econômicos (Ramos & Iruarrizaga, 2009).

Em 2008, o relatório da Oficina das Nações Unidas contra as Drogas e Delito (Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito – ONUDD) declarou que o consumo de SPA tornou-se um problema de saúde pública dada a existência de mais de 200 milhões de usuários no mundo. Diversos países consideram como aspectos problemáticos derivados do consumo de SPA a redução da renda, o incremento acentuado das despesas em saúde, a desintegração familiar e a deterioração social. A UNODC, no relatório mundial sobre drogas (2009), informou que o número total de pessoas que consumiram cocaína (sendo esta a base do *crack*) pelo menos uma vez, em 2007, foi estimado entre 16 e 21 milhões no mundo.

No 2º Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas em 2005, realizado pelo Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), com uma amostra de 7.939 pessoas em 27 capitais brasileiras, informou que 22,8% da população pesquisada usou alguma droga na vida (exceto tabaco e álcool); 10,3% no ano; 0,7% usou *crack* pelo menos uma vez na vida; 0,1% tinha consumido *crack* pelo menos uma vez nos últimos 12 meses e 0,1% dos indivíduos entrevistados relataram ter consumido *crack* pelo menos uma vez nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa (OBID, 2006).

Nesse levantamento, a maior porcentagem de uso de *crack* foi encontrada entre homens (3,2%), na faixa etária de 25 a 34 anos, o que equivale a uma população de 193.000 pessoas. Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU), nos últimos anos, o Brasil constitui o maior mercado de cocaína na América do Sul: há mais de 900 mil usuários de cocaína no país (Perrenoud & Ribeiro, 2012).

1.1.1 O *crack*

O *crack* é uma substância psicoativa euforizante (estimulante), preparada à base da mistura da pasta de cocaína com bicarbonato de sódio e diversas substâncias tóxicas como gasolina, querosene e até água de bateria. Essa substância é pouco solúvel em água, mas se volatiliza quando

aquecida e, portanto, é fumada em cigarros, tubos de alumínio ou PVC “cachimbos”, ou aquecida numa lata. Após ser aquecida em temperatura média de 95°C, passa do estado sólido ao de vapor. Quando queima, produz o ruído (*cracking*) que lhe conferiu seu nome (Conselho Nacional de Justiça, 2011).

Sabe-se que a cocaína é um estimulante do sistema nervoso central (SNC), extraída das folhas de uma planta encontrada nas regiões andinas da América do Sul entre os anos 2500 e 1800 a.C.; o seu nome científico é *Erythroxylon coca*, conhecida como coca. As folhas de coca eram mascaradas pela população nativa dos Andes há pelos menos 5 mil anos. Esse processo de mascar a folha de coca sem engolir é chamado na Colômbia de “mambear”, e o uso da folha tinha como propósito amenizar o cansaço e a fome. As baixas concentrações de cocaína nas folhas não geravam dependência na população índia. Foi na Europa que começou o processo de separação das substâncias que contém a folha de coca. A cocaína foi obtida mediante processos químicos, situação que surgiu a partir do século XIX (Duailibi, 2013).

No século XIX, na Europa, a droga teve seu uso difundido como um energético indicado para o tratamento de depressão, fadiga, neurastenia e dependência de derivados do ópio. A cocaína passou a ser vendida sob várias formas em farmácias como medicação, além de ser encontrada em bares, na forma de vinho e refrigerante. Até 1903, a Coca-Cola era um xarope de coca. Nessa época, os fabricantes, preocupados com o risco de dependência, retiraram a cocaína da fórmula, substituindo-a por cafeína. Em 1914, a venda e o uso de cocaína foram proibidos. O consumo quase desapareceu, retornando a partir da década de 1960 (Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, 2006).

A cocaína, quando é separada das suas folhas, passa por processos que geram diversos produtos a partir da sua mistura com diferentes produtos químicos. Essa substância pode chegar até o consumidor sob a forma de um sal ou “pó” branco (cloridrato de cocaína), que é solúvel em água e serve para ser aspirado ou dissolvido em água para uso intravenoso. Além desses processos de fabricação, a cocaína pode ser produzida de outras formas que podem ser fumadas; são elas a pasta de coca e o *crack* (Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas, 2011).

Independentemente da forma de uso da cocaína, todos os produtos derivados dessa droga produzem efeitos como sensação intensa de poder, inquietação psicomotora (dificuldade para permanecer parado ou ficar quieto por um tempo), insônia, falta de apetite, perda da sensação de cansaço, dilatação de pupilas, aumento da temperatura corporal, aceleração do pensamento (Duailibi, 2013; Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, 2006).

Além dessas implicações, as diversas formas de uso da cocaína (inalada, injetada ou fumada) têm outros efeitos no indivíduo. Quando a cocaína é inalada, “observa-se ressecamento das narinas gerado pela contração das artérias que irrigam a cavidade nasal, gerando em muitos casos prejuízo na irrigação sanguínea nasal, a qual pode culminar em necrose dessa área”. Também pode produzir taquicardia, hipertensão e palpitações. O efeito no organismo pode durar

aproximadamente 30 minutos. A morte pelo consumo excessivo desta forma de uso da cocaína pode ocorrer devido à diminuição de atividade de centros cerebrais que controlam a respiração (Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, 2006). Quando a cocaína é injetada ou fumada, “coloca grandes quantidades da substância no sangue e geram os efeitos enunciados anteriormente de forma mais intensa e de curta duração, aproximadamente 10 minutos no organismo” (Duailibi, 2013), o que gera maior dependência no indivíduo. Além dos efeitos gerados pelo uso da cocaína nas suas diversas formas de uso, a cocaína quando injetada gera maior risco para o usuário de contrair doenças infectocontagiosas como a AIDS.

O *crack*, quando fumado, é absorvido pelo pulmão e chega ao cérebro em aproximadamente 10 segundos. Após inalar a fumaça produzida pela queima da pedra de *crack*, o usuário sente grande prazer, intensa euforia, sensação de poder, excitação, hiperatividade, insônia, perda de sensação de cansaço e falta de apetite. O uso passa a ser compulsivo, pois o efeito prazeroso dura apenas de 5 a 10 minutos (Conselho Nacional de Justiça, 2011). Essa curta duração dos efeitos do *crack* faz com que o usuário volte a utilizar a droga com mais frequência, com o objetivo de sentir novamente os efeitos prazerosos e evitar os efeitos desagradáveis que o sujeito sente após a perda do efeito da droga no organismo.

Essa compulsão ou “fissura” (vontade incontrolável de sentir os efeitos de prazer causados pela droga) em usar novamente a droga torna-se incontrolável. “Segue-se repentina e profunda depressão e surge desejo intenso de uso repetido imediato. Assim, serão usadas muitas pedras em seguida para manter o efeito estimulante” (Conselho Nacional de Justiça 2011), e isso ocasiona um investimento monetário, de saúde e social muito maior do que aos usuários de outros tipos de substâncias psicoativas, incluindo outras vias de administração da cocaína (cheirada e injetada). Esse comportamento compulsivo leva o usuário de *crack* à dependência muito mais rapidamente do que os usuários da cocaína por outras vias (nasal e endovenosa).

1.1.2 Epidemiologia

O surgimento do *crack* no mundo começou na década de 1980, nos Estados Unidos, com o aparecimento da cocaína na forma de base livre ou *freebasing*, sintetizada a partir da adição de éter sulfúrico e cocaína refinada em meio aquoso altamente aquecido e fumada em cachimbos de vidro, produzindo vapores de cocaína relativamente pura.

O *freebasing* era fabricado de forma caseira e rapidamente caiu em desuso. Essa droga e a pasta da cocaína são consideradas antecessores do *crack* nos Estados Unidos. A partir disso, o *crack* surge entre 1984 e 1985 nos Estados Unidos “em bairros pobres e marginalizados de Los Angeles, New York e Miami, habitados principalmente por negros ou hispanos. Essa substância era fabricada e utilizada em casas abandonadas e precárias, e utilizada em grupos” (Perrenoud & Ribeiro, 2012. p. 33).

O *crack* surgiu há mais de vinte anos no Brasil. Contudo, existem poucos estudos que descrevem a história da droga no país. Embora no contexto teórico a autora desta pesquisa não

concorde com algumas posições de alguns autores, torna-se necessário apresentar essas posturas como parte dos estudos realizados sobre o assunto no intuito de atingir uma maior abrangência sobre o fenômeno pesquisado.

No Brasil, há poucas informações sobre a chegada do *crack*, em sua maioria provenientes da imprensa ou de órgãos policiais. As apreensões de *crack* realizadas pela Polícia Federal tiveram início em 1990, aumentando 166 vezes no período de 1993-1997, e a apreensão de pasta básica no mesmo período na Região Sudeste teve um aumento de 5,2 vezes. Algumas evidências apontam para o surgimento dessa substância psicoativa em bairros da zona leste da cidade de São Paulo (São Mateus, Cidade Tiradentes e Itaim Paulista), para em seguida alcançar a região da Estação da Luz (conhecida como "Cracolândia"), no centro da cidade. A partir daí espalhou-se para vários pontos da cidade, estimulado pelo ambiente de exclusão social e da repressão policial (Perrenoud & Ribeiro, 2012).

Não há informações suficientes e claras sobre evoluções do consumo de *crack* no Brasil. No entanto, "levantamentos epidemiológicos com meninos em situação de rua não apresentavam relatos de uso do *crack* antes de 1989. Já em 1993, o uso na vida atingiu 36% e, em 1997, 46%" (Perrenoud & Ribeiro, 2012. p. 34). Outro estudo realizado no município de São Paulo com usuários de *crack* que se encontravam vivendo numa comunidade demonstrou que segundo os relatos dos usuários, o aparecimento do *crack* e a popularização de seu consumo tiveram início a partir de 1989 (Perrenoud & Ribeiro, 2012).

O *crack*, nos primórdios de sua aparição e na primeira década de disseminação, era considerado uma droga restrita à população socialmente marginalizada, tanto no Brasil, como em países como Estados Unidos e Canadá. Inicialmente, o consumo do *crack* alcançou usuários atraídos pelo preço reduzido e de fácil aceso em relação à cocaína, outros em busca de efeitos mais intensos. Além disso, alguns usuários da cocaína injetada abandonaram essa via de administração com receio de contaminação pelo HIV, escolhendo o *crack* como alternativa (Perrenoud & Ribeiro, 2012).

Os efeitos do *crack* aparecem quase imediatamente depois de uma única dose, e seu uso gera consequências físicas, psicológicas, psiquiátricas e sociais em curto e médio prazo. Esses efeitos vão se acumulando e gerando efeitos em longo prazo, que podem durar meses ou anos e até mesmo ser irreversíveis. Dentre as consequências físicas por causa do uso do *crack* encontram-se: danos ao pulmão associados a fortes dores no peito; bronquite e asma; taquicardia; aceleração do coração; aumento da pressão arterial; agitação psicomotora; aumento da temperatura corporal com risco de causar acidente cerebrovascular (derrames cerebrais); dor de cabeça; atrofia cerebral e convulsões; sudorese; tremor muscular; destruição de células cerebrais e degeneração muscular, o que confere aquela aparência esquelética do usuário; inibição da fome e insônia severa. A promiscuidade e prostituição, esta última para obtenção da droga ou dinheiro para comprá-la, leva a grave risco de se contrair AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Além disso,

os materiais utilizados para a confecção dos cachimbos de alumínio ou PVC são muitas vezes coletados na rua ou no lixo e apresentam risco de contaminação infecciosa, gerando potencial elevação dos níveis de alumínio no sangue, de modo a aumentar os danos no sistema nervoso central, assim como queimaduras nos lábios, no nariz e nos dedos dos usuários pela utilização desses utensílios improvisados (Conselho Nacional de Justiça, 2011). Do mesmo modo, o compartilhamento desses acessórios (cachimbos) utilizados para o uso do *crack*, predispõe o usuário a situações como contaminações por hepatite ou tuberculose. Eventualmente, o usuário de *crack* pode ter aumento das pupilas (midríase) que prejudica a visão, é a chamada “visão borrada” (Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas, 2011).

Além das consequências físicas, o usuário de *crack* pode apresentar algumas das seguintes consequências psicológicas e psiquiátricas: fácil dependência após uso inicial; depressão; ansiedade e agressividade contra terceiros; assim como diminuição marcante do interesse sexual. Igualmente, a ação no cérebro provoca sensação de euforia; aumento da autoestima; indiferença à dor e ao cansaço; sensação de estar alerta especialmente a estímulos visuais, auditivos e ao toque. O usuário também apresenta com frequência atitudes bizarras devido ao aparecimento de ideias de perseguição (síndrome paranoide), colocando em risco a própria vida e a dos outros. Além disso, pode ter alucinações e delírios. A esse conjunto de sintomas dá-se o nome de “psicose cocaínica” (Conselho Nacional de Justiça, 2011).

Do mesmo modo, o uso crônico do *crack* pode perturbar de maneira geral o funcionamento cognitivo (memória verbal, processamento das informações e os recursos de atenção), mas alguns desses efeitos podem ser revertidos pela abstinência, e outros não (De Oliveira et al., 2009).

O uso do *crack* geralmente ocorre durante longos períodos contínuos (também chamados de episódios de “*binges*”), com duração de vários dias e múltiplos episódios que provocam no usuário o esgotamento físico e psíquico, fazendo-o abster-se dos cuidados básicos de saúde como alimentação, sono, higiene pessoal, entre outros (Ribeiro et al., 2012), levando-o à dependência, caracterizada pela presença de um padrão de consumo compulsivo, geralmente voltado para o alívio ou evitação de sintomas de abstinência.

Durante a abstinência, o usuário de *crack* apresenta períodos de desejo intenso pelo consumo da droga (*craving*), associados a outros sintomas de abstinência como fadiga, anedonia e depressão, que acabam por levá-lo ao retorno do uso da droga. Segundo o Projeto Diretrizes (2011), a abstinência é composta por três fases:

Fase I: “*Crash*”, que significa uma drástica redução no humor e na energia. Instala-se cerca de 15 a 30 minutos após cessado o uso da droga, persistindo por cerca de 8 horas, e podendo estender-se por até 4 dias. O usuário pode sentir depressão, ansiedade, paranoia e um intenso desejo de voltar a usar a droga; Fase II: Síndrome disfórica tardia, que se inicia de 12 a 96 horas depois de cessado o uso e pode durar de duas a 12 semanas. Nos primeiros quatro dias, há presença de sonolência e de desejo pelo consumo da droga, anedonia, irritabilidade, problemas de memória e ideação suicida. Ocorrem recaídas frequentes, como

forma de tentar aliviar os sintomas disfóricos; Fase III: Fase de extinção onde os sintomas disfóricos diminuem ou cessam por completo e o “*craving*” torna-se intermitente.

Quanto às comorbidades, existem estudos que informam que aproximadamente um terço dos indivíduos que são diagnosticados com algum transtorno mental apresentam problemas de consumo de uma ou várias substâncias psicoativas durante a vida. (Ribeiro, 2012). Outros estudos indicam que cerca de 80% dos pacientes diagnosticados como dependentes de substâncias psicoativas apresentam igualmente alguma psicopatologia. Esse diagnóstico de problemas psiquiátricos agrava-se com uma iniciação precoce ao consumo de substâncias psicoativas e a continuação do uso das drogas por longo tempo (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, 2005).

Vale ressaltar que os usuários de *crack* apresentam maior prevalência de algum transtorno mental. Tal achado parece estar relacionado à gravidade da dependência e aos fatores psicossociais combinados (padrão de consumo rapidamente progressivo, intensivo e frequente). Dentre os transtornos mentais mais comumente apresentados pelos usuários de *crack* estão: a depressão maior, ansiedade, transtornos da personalidade e sintomas esquizofreniformes, estes últimos na maior parte das vezes transitórios (Ribeiro, 2012).

O diagnóstico duplo gera dificuldades na construção de um plano de tratamento que aborde tanto o transtorno mental como as dificuldades relacionadas ao consumo e dependência de substâncias psicoativas, e a adesão ao tratamento.

Entre as consequências sociais por causa do uso dessa droga encontram-se: abandono do trabalho, estudo ou qualquer outro interesse que não seja a droga; deterioração das relações familiares; violência doméstica; abandono do lar; grande possibilidade de envolvimento com a criminalidade para obtenção de dinheiro - o usuário faz venda de bens pessoais e familiares, e até se prostitui para sustentar o uso da droga. Essas dificuldades geram uma ruptura ou fragilização das redes de relação social, familiar e de trabalho que em muitas ocasiões levam ao aumento da estigmatização do usuário, agravando sua exclusão social (Conselho Nacional de Justiça, 2011).

Ao contrário do que é publicado na mídia, a relação entre uso de *crack* e mortalidade não é direta. O índice de mortalidade entre usuários de *crack* está relacionado principalmente a elementos de tráfico, disputa entre pontos de venda/uso ou comportamentos associados ao uso de *crack*, do que propriamente pelo dano causado diretamente pela droga. Transtornos mentais e comportamentais associados ao uso de cocaína são os responsáveis pelo índice de 0,4% de mortes, e de 0,7% pelo uso de múltiplas drogas associadas a esses transtornos. O número absoluto de óbitos associados ao uso de drogas cresceu no Brasil como um todo. No total, no Brasil, foram notificados 5.689 óbitos em 2001 e 7.856 em 2007 (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009).

Um estudo de seguimento (1998-1999) com 131 usuários de *crack* internados de forma voluntária observou os padrões de mortalidade, bem como as *causas mortis* entre eles. Cinco anos

após o fim do tratamento e de serem encaminhados para unidades básicas de saúde em suas respectivas regiões, foi feito um levantamento em que foi determinado que 23 pacientes (17,6%) haviam morrido ao final do quinto ano de seguimento, sendo o homicídio por arma de fogo ou arma branca a *causa mortis* mais prevalente. O estudo sugere que os usuários de *crack* têm maior risco de morte do que a população geral, sendo os homicídios e a AIDS as causas mais observadas (Ribeiro et al., 2006).

A literatura tem apontado a presença de antecedentes criminais em usuários de *crack*, além do risco de o usuário dessa droga estar mais exposto ao homicídio em virtude de seu envolvimento com atividades ilícitas associadas ao consumo do *crack*, dentre as quais destacam-se a prática de furto, roubo, violência (comportamentos agressivos) ou endividamento com traficantes e fornecedores (Guimarães et al., 2008). No entanto, cabe ressaltar que em muitas ocasiões esse quadro é uma resposta à exclusão social por causa do uso de *crack*, mais do que uma consequência do uso da droga. “Estudos norte-americanos demonstram que os danos resultantes do uso da cocaína em suas várias formas têm menos relação com suas propriedades farmacológicas do que com as circunstâncias sociais do seu uso” (Domanico, 2006. p. 29).

A exclusão social (exclusão do âmbito da formalidade e das normas estabelecidas dentro das leis de um país), a falta de acesso à educação, saúde e moradia constituem-se em fatores de risco para o início e continuação do uso da droga. Nesses contextos, a droga pode surgir como “resposta”, “ilusão” às necessidades do indivíduo, e por essa razão pode-se dizer que a droga é consequência, e não causa.

Como dito anteriormente, quando o indivíduo faz uso do *crack* sente prazer, euforia, sensação de poder, dentre outros efeitos relatados. Esses efeitos, em muitos casos, são buscados para preencher lacunas resultantes dos conflitos ou carências nos relacionamentos que o sujeito estabelece com a família e com o coletivo, e também em virtude da ausência do Estado. Essas dificuldades ou carências podem reforçar no sujeito o desejo de continuar usando a droga, quiçá como uma das maneiras encontradas para “esquecer” ou “satisfazer” suas vontades e necessidades.

O contínuo uso de drogas pode ser estimulado pela sociedade, quando o usuário de drogas acaba sendo excluído pelo olhar do outro, rotulado como marginal ou desadaptado social, impossibilitando seu acesso ao mercado de trabalho, gerando dificuldades na sua funcionalidade como ser humano e como parte de uma sociedade. A exclusão social não é simplesmente física e de mercado, pois o usuário de drogas também pode ser excluído de forma geográfica, e seus valores e direitos como cidadão não são reconhecidos pelos outros, nem pelo Estado.

A exclusão social é um fenômeno multidimensional que incorpora uma variedade de trajetórias de desvinculação. Essas trajetórias de desvinculação podem percorrer diversos âmbitos, como, por exemplo, a fragilização dos vínculos (família, vizinhos, instituições) que pode causar rupturas que conduzem ao isolamento social, à solidão ou à inclusão desses sujeitos em outras

redes ou sociedades. Quando o sujeito é excluído de uma sociedade, ele busca e precisa ser incluído e aprovado por outra sociedade ou por outras redes (Wanderley, 2001).

A exclusão social é um processo pelo qual se denomina o outro como um ser "à parte", separado dos outros, como um desigual, expulso dos meios de consumo, serviços, etc., e do gênero humano. É uma forma contundente de intolerância social (Buarque, 1993) que faz com que o sujeito não se sinta cidadão, por não pertencer à sociedade e não ter a proteção do Estado (Sudbrack, 2003).

A exclusão social é um rechaço, uma eliminação que a população faz com o usuário de drogas, a partir dos parâmetros estabelecidos e delineados por uma sociedade; no entanto, o usuário de drogas está incluso numa rede social composta por indivíduos que atuam interdependentemente ao redor do uso, compra e venda de drogas. Essa rede é articulada em relação à droga, e ela é importante no cotidiano desse indivíduo que faz uso da droga, e faz com que o sujeito, de alguma maneira, continue inserido ou aceito numa rede social que pode trazer riscos para seu desenvolvimento (Mendeiros, 2008).

De modo geral, o uso de substâncias psicoativas está estimulado pela exclusão social quando, por exemplo, usamos a repressão policial como uma das alternativas encontradas no trabalho com usuários de drogas, ou melhor, como é muito nomeado, ao "combate" às drogas, principalmente ao *crack*. No lugar de incluir esse usuário numa sociedade que o abraça e o aceita como indivíduo, como cidadão com direitos e deveres, o que acontece é um processo de desligamento através do qual retiramos o sujeito de toda possibilidade de desenvolvimento produtivo e funcional.

1.1.3 Perfil sociodemográfico do usuário de *crack*

No Brasil existem poucos estudos que descrevem o perfil do usuário de *crack*. Apresentei, anteriormente, algumas concepções teóricas das quais divirjo, mas considero necessário discuti-las até mesmo para confrontar seus resultados com os achados deste estudo.

Para fazer uma breve descrição do perfil sociodemográfico do usuário de *crack*, é importante ter presente que o usuário dessa droga é habitualmente poliusuário ou tem antecedente de consumo de outras substâncias psicoativas (Duailibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008; Sanchez & Nappo, 2002). Um estudo em Montreal (Canadá) com 203 usuários de *crack* e um levantamento nacional no Reino Unido observaram que ser jovem e poliusuário era o principal fator de risco para iniciar o consumo dessa droga (Paquette et al., 2010; Smith et al., 2011).

É comum que usuários de *crack* precisem de outras substâncias psicoativas no período das chamadas "brisas", ou seja, no período imediato após uso do *crack*. Nesse momento, acabando o efeito estimulante dessa droga, há grande mal-estar, sendo usado álcool, maconha ou outras substâncias para redução dessa sensação. O sofrimento psíquico decorrente do uso do *crack* induz o usuário a múltiplas dependências (Conselho Nacional de Justiça, 2011).

Normalmente, o usuário de *crack* inicia o consumo de substâncias psicoativas pelas drogas lícitas (cigarro e álcool), e o uso da maconha como a primeira droga ilícita a ser consumida antes do início do uso do *crack* (Ribeiro et al., 2012; Sanchez & Nappo, 2002). Por conseguinte, a história de consumo dos usuários de *crack* começa cedo com outras substâncias, e à medida que o organismo vai tendo tolerância a essas drogas, e que aparecem diversas mudanças nos comportamentos e interesses do sujeito, ele busca efeitos mais fortes que são os produzidos por drogas como o *crack*, por exemplo, que levam ao usuário a um quadro de dependência mais rápido que o consumo de outras drogas.

Os usuários de *crack* têm mais episódios de fissura e perda do controle sobre o uso da droga do que os usuários de cocaína inalada, levando-os a consumirem grandes quantidades por várias horas ou dias consecutivos, o que agrava o seu quadro de dependência (Ribeiro et al., 2012).

Esses aspectos estão relacionados direta ou indiretamente com o perfil sociodemográfico do usuário de *crack*. Segundo Duailibi et al. (2008), a primeira investigação sobre o consumo de *crack* no Brasil foi um estudo etnográfico realizado no município de São Paulo, com 25 usuários vivendo numa comunidade. O perfil dos pesquisados foi: homens, menores de 30 anos, desempregados, com baixa escolaridade e poder aquisitivo, provenientes de famílias desestruturadas. Da mesma maneira, em outra pesquisa realizada com 63 sujeitos (usuários e ex-usuários de *crack*) encontraram-se as mesmas características nos participantes: a maior parte eram jovens, solteiros(as), de baixos níveis socioeconômico e de escolaridade, sem vínculos empregatícios formais (Garcia & Nappo, 2008).

Outro estudo, realizado com 30 usuários de *crack* do sexo masculino, internados na Unidade de Desintoxicação do Hospital Psiquiátrico São Pedro, de Porto Alegre, aponta para uma população de adultos jovens, com idade média de 27 anos e em situação de subemprego ou desemprego. A presença de antecedentes criminais foi observada em 40% da amostra e está associada a maior fissura, mais sintomas de ansiedade e depressão (Guimarães et al., 2008).

Em suma, o perfil sociodemográfico “típico” do usuário de *crack* corresponde ao indivíduo do sexo masculino, jovem e adulto jovem, com baixa escolaridade e renda, desempregado ou com vínculo empregatício informal, proveniente de família desestruturada, com antecedentes criminais, e em geral isolado socialmente.

O usuário de *crack* apresenta um padrão de consumo mais grave que o usuário de cocaína intranasal, observando-se maior envolvimento em delitos e maior chance de morar ou ter morado na rua. Além disso, e associado ao elevado índice de envolvimento com criminalidade, apresenta maiores problemas sociais do que os usuários de cocaína intranasal. Outro perfil detectado foi o do usuário de cocaína inalada que migra para o *crack* em busca de efeitos mais potentes (Ribeiro et al., 2012).

Em relação à cultura e aos ritos de uso, o local escolhido pelos usuários para o consumo de *crack* geralmente depende da sua condição financeira para o aluguel (ou não) de uma casa ou de

um quarto num hotel, situação vista como uma estratégia de proteção. Também, o espaço físico escolhido para o uso de *crack*, na maioria das vezes se dá pela proximidade com os pontos de venda e compra da droga e maior tolerância ao uso. “Os usuários de *crack* tendem a escolher ambientes fechados como forma de evitar riscos da violência dos meios coletivos, assim como o estigma relacionado ao uso” (Ribeiro, Nappo & Sanchez, 2012. p. 51).

No entanto, nos últimos anos, em todo o Brasil, vem sendo observado o uso do *crack* em locais abertos, em sujeitos com idades cada vez mais precoces e em todas as classes sociais. O uso dessa droga passou de ser exclusivo das classes sociais menos favorecidas e/ou indivíduo em situação de rua, para se espalhar nas diferentes classes socioeconômicas do país. Do mesmo modo, os motivos para o consumo do *crack* também se alteraram. Em 1990 (pouco depois do início do uso do *crack* no Brasil), o principal motivo para o uso dessa droga era a busca por sensação de prazer. No final da mesma década, porém, a motivação para o consumo era a dependência, ou evitar os efeitos da síndrome de abstinência, ou como forma de lidar com os problemas familiares e frustrações, causadas de alguma maneira pelo uso e dependência do *crack*. Esses aspectos também sinalizam mudanças nas características ou perfil dos usuários de *crack* (Ribeiro et al., 2012).

Com base nas mudanças no perfil do usuário de *crack* – uso do *crack* em todas as classes socioeconômicas, consumo da droga em idades cada vez mais precoces e uso em locais abertos – e as consequências físicas, psicológicas, psiquiátricas e sociais que a droga traz, tem-se um indivíduo de difícil adesão ao tratamento. Por tais motivos e aliado ao crescente aumento no consumo do *crack*, esse tipo de população precisa de abordagens intensivas e apropriadas às suas necessidades particulares.

1.2 Abordagens, Técnicas e Propostas de Tratamento

O uso e a dependência de substâncias psicoativas influem nos diferentes níveis de desenvolvimento do indivíduo. Isso faz com que os tratamentos para essa população apresentem propostas que vinculem de forma integral as diferentes problemáticas do sujeito.

O tratamento para usuários de substâncias psicoativas, especialmente usuários de *crack*, deve ser multidisciplinar e trabalhado em diversas etapas por meio de um modelo complexo de característica biopsicossocial, já que o uso dessa droga interfere em todas as áreas da vida do indivíduo, como foi mencionado (Kessler & Pechansky, 2008). Além disso, os usuários de *crack* que não têm fácil acesso ao sistema de saúde ou que não contam com apoio externo (família, comunidade), costumam apresentar índices baixos de recuperação. Nesses casos, sugere-se às equipes de saúde realizar busca ativa dos usuários, utilizando técnicas focadas na adesão ao tratamento e fornecimento de incentivos (Henskens et al., 2008).

Quanto aos fatores de adesão, existe relação entre propostas de atendimento multidisciplinar (farmacoterapia, encaminhamento a grupos de ajuda mútua, atendimento às mães, atendimento de família, atendimento médico geral) e melhor adesão terapêutica (Duailibi et al., 2008). A abrangência das múltiplas necessidades dos usuários de drogas a partir da proposta

multidisciplinar, a motivação para o tratamento e a aliança terapêutica diminuem o índice de abandono do tratamento, o que é muito comum nessa população (Ribeiro & Laranjeira, 2012).

Os processos de intervenção com usuários de substâncias psicoativas trazem, na maioria das vezes, um tratamento fragmentado e pouco eficaz. Nessa esteira, encontram-se em execução programas como prevenção de recaídas, abordagens de reforço comunitário, abordagens vocacionais e/ou ocupacionais, que desconsideram as significações e características subjetivas dos usuários e acabam oferecendo e executando planos de cursos e oficinas predefinidas. Esses planos não levam em consideração as demandas dos pacientes e, com isso, não atingem as necessidades da população-alvo da intervenção. Muitas vezes, essa intervenção é chamada de “trabalho perdido” porque se evidencia a complexidade no trabalho com usuários de drogas e a dificuldade para se alcançar as metas propostas nos programas ou tratamentos (Laranjeira, 2006).

A dependência de substâncias psicoativas é uma doença crônica que traz consequências físicas, psicológicas, psiquiátricas e sociais. Por essa razão, um tratamento em curto prazo e que tenha poucas alternativas de terapias que possam ser ajustadas a cada paciente e suas necessidades particulares não é suficiente. Os modelos ou programas de tratamento para usuários de SPA, independente de sua abordagem, devem ter como objetivo o retorno do indivíduo a um funcionamento produtivo nas diferentes áreas da sua vida (afetiva, familiar, de trabalho, entre outras) (Ribeiro & Laranjeira, 2012).

Os tratamentos para esse tipo de população (usuários/dependentes de substâncias psicoativas) devem oferecer no mínimo as seguintes etapas: acolhimento ao tratamento (chegada), triagem ou avaliação mais detalhada por parte dos profissionais de cada área, construção e execução do plano terapêutico, e encaminhamentos necessários como parte do tratamento (Ribeiro & Laranjeira, 2012). O tratamento deve ser um processo em longo prazo que abarque múltiplas intervenções e monitoramento constante das atividades e intervenções desenvolvidas, a fim de avaliar os avanços e dificuldades que o paciente apresente, e fazer ajustes necessários para a continuação do mesmo.

Segundo a *National Institute on Drug Abuse* (2012), os princípios para um apropriado tratamento aos usuários de substâncias psicoativas são:

1. Dependência é uma doença tratável; 2. Nenhum tratamento é apropriado para todas as pessoas. O tratamento deve ser individualizados de acordo com as dificuldades apresentadas por cada paciente; 3. O tratamento deve ser prontamente acessível para aproveitar os momentos em que os indivíduos decidem fazer o tratamento; 4. O tratamento efetivo deve atender às múltiplas necessidades do indivíduo (problema com abuso/dependência de SPA, problemas médicos, psicológicos, sociais, vocacionais e legais), e deve ser apropriado à idade, sexo e cultura do paciente; 5. Permanecer em tratamento por um período adequado é fundamental; 6. Terapias individuais e em grupos são os tipos de tratamento mais comumente usados, assim como as terapias comportamentais que podem incluir motivação do paciente, estimular atividades prazerosas não associadas ao uso de SPA, melhorar as relações interpessoais, entre outras; 7. Medicamentos são elementos importantes do tratamento para muitos pacientes, especialmente quando combinado à terapia individual, prevenção de recaída, etc.; 8. O

plano de tratamento deve ser revisto continuamente e modificado se necessário; 9. Os pacientes devem ser avaliados para a presença de outro transtorno mental pela alta frequência com que isso ocorre. Quando detectado, as duas patologias devem ser tratadas; 10. A desintoxicação é somente o primeiro estágio do tratamento; 11. O tratamento não necessita ser voluntário para ser efetivo. Os prêmios ou castigos provenientes da família, trabalho ou justiça, podem fazer com que o paciente entre no tratamento e aumente a sua adesão; 12. O uso da droga deve ser monitorado durante o tratamento; 13. Os programas de tratamentos devem avaliar a presença de doenças infecciosas, além de intervenções para reduzir comportamentos de risco (vide Figura 1).

Como foi dito, o tratamento para usuários de substâncias psicoativas, independente da abordagem utilizada, deve ter presente os princípios descritos; no entanto, existem controvérsias sobre se o tratamento deve ser voluntário ou não, para ser eficaz. A partir da minha formação, experiência e as múltiplas pesquisas feitas sobre o tratamento a essa população, considero que o tratamento deve ser totalmente voluntário.

Um aspecto relacionado à voluntariedade do tratamento de usuários de drogas refere-se à aceitação dos problemas causados pelo consumo da droga. Quando o sujeito não identifica os problemas causados ou relacionados ao uso de drogas, ele não procura ou aceita “ajuda” ou tratamento para a situação que, segundo ele, não existe. Outro aspecto refere-se à motivação do sujeito no trabalho das dificuldades relacionadas ao uso e dependência da droga.

A motivação é um estado de prontidão para mudanças comportamentais, atitudinais, etc. Segundo a *National Institute on Drug Abuse* - NIDA (2012) e modelos ou técnicas como a Entrevista Motivacional e a Terapia Cognitivo-Comportamental, a motivação é a fase inicial do atendimento, é parte indispensável na adesão ao tratamento, assim como o são o apoio da família, da rede social e o relacionamento estabelecido entre o profissional de saúde e o paciente. Essa motivação está diretamente relacionada à liberdade que o sujeito tem em decidir quando estará pronto ou não para o tratamento, seja qual for.

Dessa maneira, a Lei Nº 11.343/2006 determina como princípios do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) o “respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade” (Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil, 2010). Por sua vez, a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei Nº 10.216/2001) estabelece a classificação de três modalidades de internação (voluntária, involuntária e compulsória). A lei ressalta que a internação, em qualquer dessas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (Casa Civil, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde, na Portaria MS Nº 336/2002, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem-se em serviço ambulatorial de atenção psicossocial diária, e que os CAPS-ad, são um “serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000”.

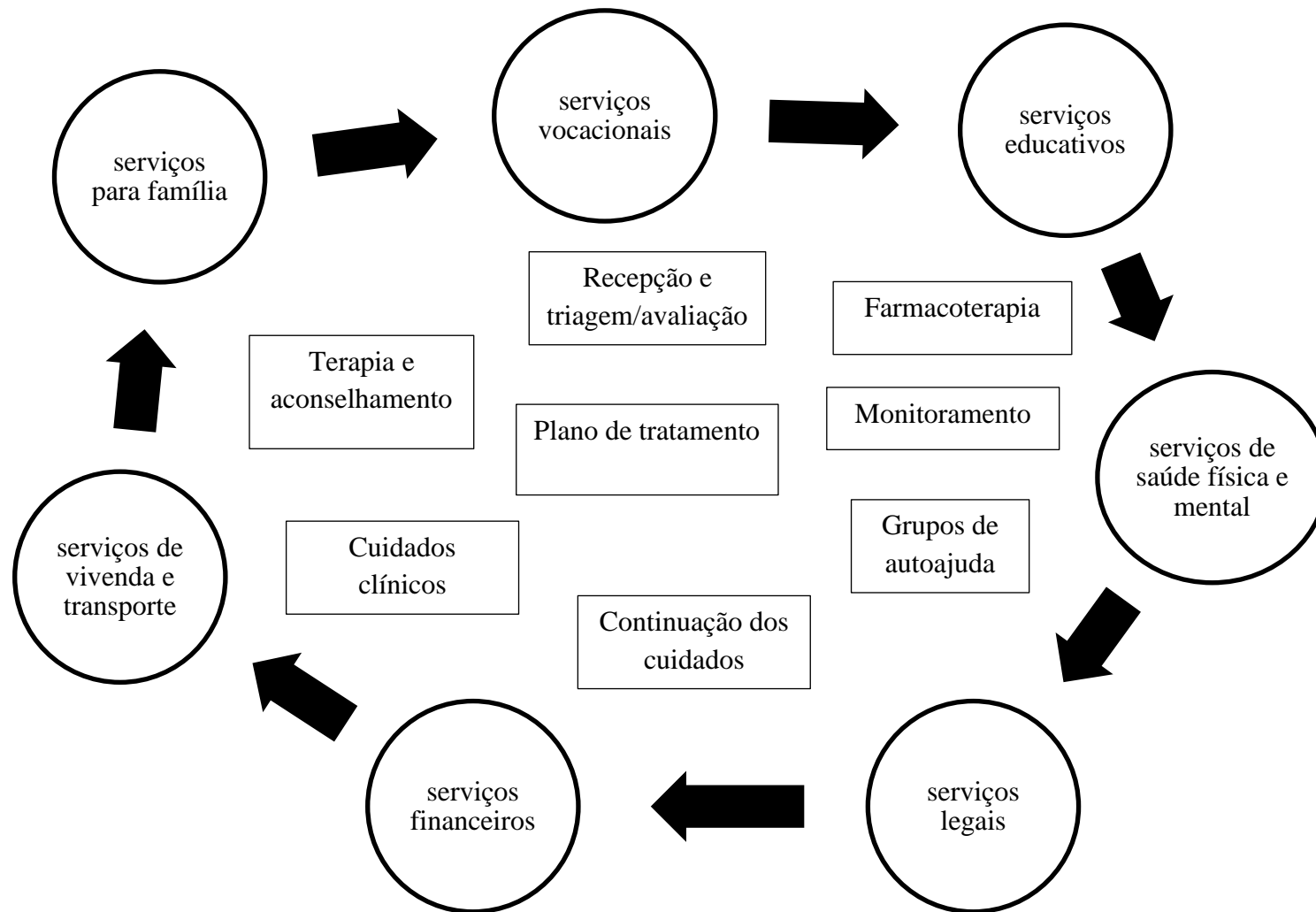


Figura 1. Componentes de um tratamento integral para usuários de substâncias psicoativas.

Fonte: National Institute of Drug Abuse, 2012.

Dessa maneira, cabe perguntar: A internação involuntária ou compulsória respeita a autonomia e liberdade do indivíduo? Os CAPS-ad não têm capacidade suficiente para o atendimento da demanda? Precisamos procurar outras formas de tratamento?

A internação compulsória não pode ser vista como a solução, mas como recurso excepcional, como o último recurso a ser utilizado em casos que realmente precisem dele. Portanto, esse recurso deve ser usado cuidadosamente, porque pode incorrer em abusos e violações aos direitos do cidadão usuário de drogas. A internação compulsória pode ser sinônimo de tortura, usada pelas autoridades de forma indiscriminada e como possível resposta ao tratamento em saúde e à “reinserção social”. Fala-se da internação compulsória em casos que mereçam o uso desse recurso, mas é legítimo proteger o sujeito de si mesmo? Cabe ao Estado fazer isso?

A Constituição contempla a saúde como direito de todo cidadão, e ela deve garantir esse direito a partir da especificidade de cada um, a partir da autonomia e capacidade que cada indivíduo tem para tomar decisões. Não basta haver leis que falem de uma problemática ou necessidade do cidadão, elas precisam ver o sujeito como um ser integral, e não como a somatória das partes. Esse aspecto pode ser alcançado quando as leis existentes tenham um ponto de encontro e sejam coerentes entre elas. O problema não é o tipo de tratamento a ser implementado com essa população, mas a falta de articulação e fortalecimento da rede de saúde que já existe.

Quando se fala de usuário de drogas e seu tratamento, deve-se falar também da sua inserção social. Inserção que deve estar baseada na compreensão, respeito à livre expressão e reconhecimento da verdade de cada um, destacando-se o direito que tem todo cidadão à saúde, à liberdade, à dignidade e à convivência familiar e comunitária (Sudbrack, 2003).

Levando em consideração que o usuário de drogas precisa permanecer em tratamento por um período longo que permita o trabalho das suas problemáticas e necessidades associadas ao uso de drogas, é fundamental que os profissionais que trabalham com essa população e o Estado tenham presente a importância da voluntariedade de um sujeito com direito à individualidade e liberdade de escolha, permitindo maior adesão ao tratamento e talvez, como consequência, a redução do abandono dos tratamentos, assim como uma redução nos gastos financeiros e de recursos humanos.

No tratamento para usuários de SPA existem várias abordagens psicoterapêuticas e inúmeras técnicas e estratégias que buscam melhorar a qualidade de vida do paciente e, entre elas, algumas técnicas da abordagem cognitivo-comportamental, da abordagem sistêmica, entre outras, estão sendo utilizadas como proposta de tratamento para essa população.

Cabe ressaltar que o Gerenciamento de Caso, que é o foco deste estudo, propõe um trabalho interdisciplinar e multidisciplinar com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente, a partir do engajamento, motivação e permanência do sujeito no tratamento, e a utilização de ferramentas que estão ao alcance do profissional e do paciente.

Algumas das abordagens e técnicas sugeridas pelo Gerenciamento de Caso e mais utilizadas no tratamento dos usuários de substâncias psicoativas são:

1.2.1 Abordagem Cognitivo-Comportamental

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) surgiu no final de 1960 e tem suas raízes na Terapia Cognitiva e na Comportamental. Essa abordagem terapêutica parte do pressuposto de que os conhecimentos, pensamentos e emoções são fatores considerados precipitadores ou mantenedores do comportamento, e vice-versa (Falcone, 2013).

A TCC foi desenvolvida como um método de prevenção de recaídas no tratamento do álcool e depois foi adaptada para dependentes da cocaína (base do *crack*) e outras drogas. Essa abordagem terapêutica baseia-se num conjunto de intervenções estruturadas ou semiestruturadas, com metas e prazos definidos, focada no paciente e na mútua colaboração terapeuta-paciente, utilizando estratégias que intervêm nos pensamentos, sentimentos e comportamentos do sujeito, utilizando técnicas que incluem a exploração das consequências negativas do uso continuado de SPA, o automonitoramento para identificar as situações de alto risco e a elaboração de estratégias para afrontar essas situações de risco (Falcone, 2013; Jerônimo & Serra, 2004; Padin, 2012).

O objetivo da TCC é o alcance de metas específicas, considerando a reestruturação de cognições disfuncionais, assim como de comportamentos mal-adaptativos diante de situações reais (Falcone, 2013; Jerônimo & Serra, 2004). Essa terapia considera cada indivíduo de forma singular, com habilidades, fatores de risco e fatores de proteção particulares, permitindo um tratamento individualizado. Uma das vantagens da TCC é a obtenção de destrezas e capacidades que podem diminuir o risco de recaída (Kuper, Gallop, & Greenfield, 2010). Por essa razão, essa abordagem terapêutica é implementada, em muitas ocasiões, junto com a prevenção de recaídas e treinamento de habilidades sociais.

Para o tratamento de cocaína e *crack*, tem sido empregada a TCC junto com a prevenção de recaída, a qual será explicada a seguir. Essa interação vem mostrando eficácia na modificação de padrões de comportamentos disfuncionais. As duas abordagens propiciam uma redução do uso da droga ou manutenção da abstinência em longo prazo (Moura, Petry, & Vieira, 2011).

Vários estudos comprovaram a eficácia da TCC para o tratamento de dependentes químicos e indicaram que os pacientes que desenvolvem estratégias de afrontamento por meio dela conservam essas estratégias depois de finalizar o tratamento (Barragán et al., 2005; Carroll, Rounsaville, & Keller, 1991; Cottraux & Gaspar, 2007; Project MATCH, 2010).

Para a utilização da TCC no tratamento aos usuários de *crack*, os profissionais devem ter presente que os prejuízos cognitivos do uso crônico dessa droga contribuem para o isolamento e pouca aderência ao tratamento e que essa população tende a apresentar mais comorbidades que usuários de outras drogas. Por esses motivos, a proposta de tratamento para o usuário de *crack* deve ser mais intensiva, e composta por uma abordagem multidisciplinar (Koller & Andrade, 2013).

Dessa maneira, a TCC tem demonstrado eficácia no tratamento para usuários de cocaína e *crack*, pois provê ferramentas para melhorar e manter a motivação, o enfrentamento da fissura e o manejo de pensamentos, emoções e comportamentos, principalmente quando é combinada com outra terapia ou técnica como o manejo de contingências, farmacoterapia, prevenção de recaídas ou entrevista motivacional (Koller & Andrade, 2013). Algumas dessas técnicas serão explicadas neste capítulo.

No entanto, outros estudos descrevem a pouca eficácia da TCC no tratamento aos dependentes psicoativos, principalmente usuários de cocaína e *crack* e sujeitos poliusuários (característica do usuário de *crack*), já que a maioria dos usuários de *crack* apresenta problemas cognitivos, gerando dificuldades na aderência ao tratamento empregado em programas como a TCC (Padin, 2012; Turner et al., 2009).

1.2.2 Prevenção de Recaída

A prevenção de recaída (PR) é uma técnica cognitivo-comportamental, elaborada por Marlatt e Gordon em 1980, com o objetivo de proporcionar estratégias ao paciente para prevenir ou manejar possíveis recaídas, por meio da identificação de situações de alto risco (vulnerabilidade à recaída), e fornecer ferramentas para o manejo dessas situações, suas emoções e comportamentos, e dessa maneira, auxiliá-lo a manter as mudanças de hábitos (Jungerman, 2013; Sakiyama, Ribeiro & Padin, 2012).

De acordo com Marlatt e Donovan (2005), uma análise de episódios de recaída permite ao terapeuta e ao paciente apreciar detalhadamente aspectos que possam levar o paciente a reincidir numa recaída. As descobertas devem indicar como o tratamento deve ser intensificado e quais estratégias devem ser modificadas para que o período de abstinência se prolongue e outro episódio de recaída possa ser evitado. Porém, um episódio de recaída pode representar uma oportunidade de avaliar e fazer ajustes no plano de tratamento, indicando as áreas em que a mudança de comportamento, emoções ou pensamentos devem ocorrer. Compreender o processo de recaída capacita e prepara o paciente para um episódio de recaída.

A PR pode ser descrita como uma estratégia de prevenção terciária, com o objetivo de prevenir a recaída, manter a abstinência ou as metas de tratamento de redução de danos, e proporcionar habilidades de prevenção de uma recaída, independentemente da situação ou dos fatores de risco iminentes. Ressalta-se a importância do processo da recaída como um processo interativo e flutuante, e que em alguns usuários esse processo de recaída será contínuo. No entanto, a PR é utilizada junto com outras técnicas como o treinamento de habilidades e intervenções cognitivas, com o objetivo de prevenir ou limitar a ocorrência de episódios de recaída. Para isso, essa técnica deve avaliar os prováveis riscos (internos e externos) de recaída e os fatores que podem precipitá-la, e posteriormente, implementar estratégias que permitam o automanejo dessas situações (Marlatt & Donovan, 2005).

Nos últimos 20 anos, a PR trouxe mudanças na maneira de visualizar e explicar o processo de recaída nos usuários de substâncias psicoativas. Em 2004, Witkiewitz & Marlatt explicaram a recaída como um processo dinâmico (vide Figura 2), considerando a relação entre aspectos cognitivos (pensamentos, motivação), aspectos comportamentais (habilidades de enfrentamento) e estados físicos e afetivos (ansiedade, sintomas de abstinência). O modelo atual da PR explica como esses aspectos e estados se influenciam mutuamente, e, como esses aspectos estão diretamente ligados com a história familiar, gravidade da dependência e suporte social (Marlatt & Donovan, 2005; Sakiyama et al., 2012).

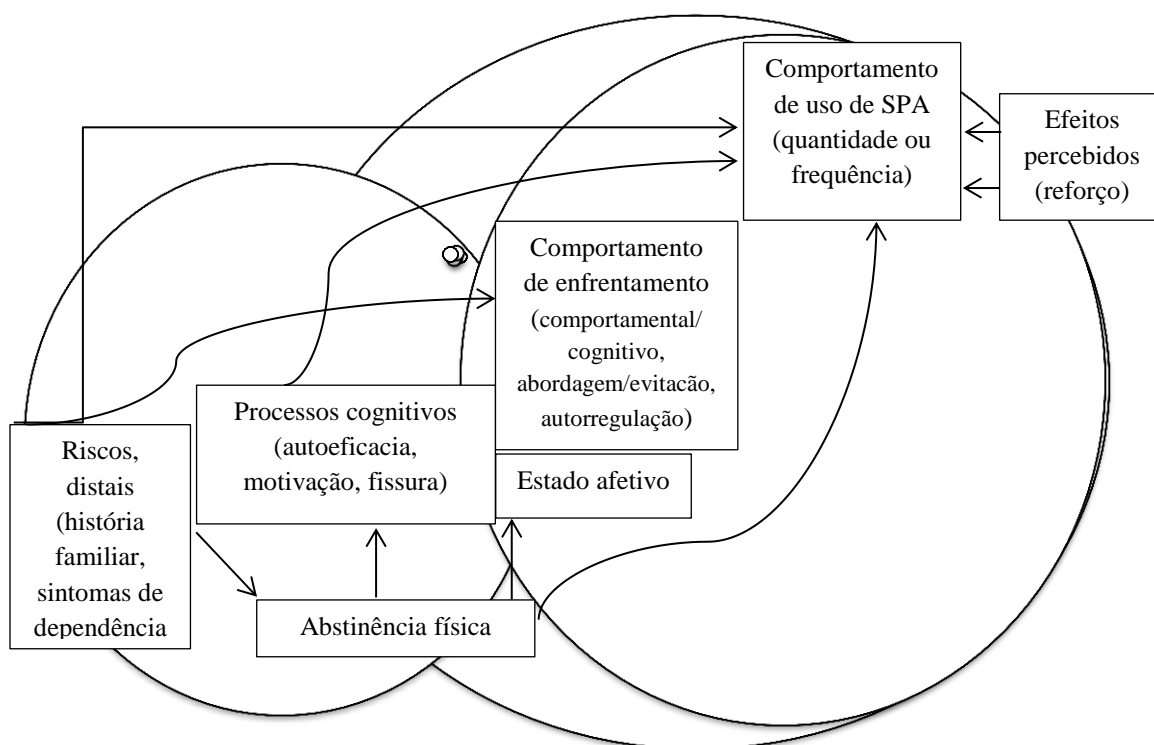


Figura 2. Modelo dinâmico de recaída.

Fonte: Marlatt & Donovan, 2005.

Desde 1978, estudos têm analisado a efetividade da PR para os transtornos por uso de substâncias psicoativas, principalmente para usuários de álcool e poliusuários (Irvin et al., 1999; Marlatt & Donovan, 2005). No tratamento para usuários de álcool, maconha e cocaína, Carroll (1996) concluiu que a PR no tratamento dessa população foi mais efetiva do que nos grupos controle sem tratamento, e tão efetiva quanto tratamentos como a terapia de apoio, grupo de apoio social e psicoterapia.

Para o tratamento de dependentes de *crack* com comprometimento social mais grave que usuários de cocaína por outras vias de administração, a PR é menos eficaz quando utilizada sem o complemento de outras terapias ou técnicas como o tratamento farmacológico, psicoterapia que tenta remediar problemas psicológicos encontrados normalmente em dependentes dessa droga e psicoeducação sobre determinantes da recaída (Wallace, 1992).

Apesar da comprovação da eficácia da prevenção de recaída no tratamento dos usuários de drogas, essa técnica requer um funcionamento cognitivo adequado por parte dos pacientes, além de motivação e cooperação para a implementação da técnica. Alguns usuários de *crack* e outras drogas apresentam comprometimentos no funcionamento cognitivo que geram dificuldade na prática dessa técnica (Marlatt & Donovan, 2005; Sakiyama et al., 2012).

1.2.3 Treinamento de Habilidades Sociais

O treinamento de habilidades sociais (THS) é uma técnica cognitivo-comportamental desenvolvida com o objetivo de aumentar a assertividade do sujeito no manejo das situações cotidianas, especialmente as que podem gerar mais estresse e perda de controle no indivíduo (Sakiyama et al., 2012).

O THS começou a ser utilizado em 1970 como uma técnica complementar no tratamento com dependentes de álcool, para o enfrentamento adequado de situações de risco e o desenvolvimento de habilidades voltadas para o desempenho eficaz do paciente. O desenvolvimento de habilidades sociais contribui para o aumento da autoeficácia, permitindo que o sujeito possa responder eficazmente a situações de risco, prevenindo a ocorrência de recaídas (Marlatt & Donovan, 2005; Zanelatto, 2013).

O uso de substâncias psicoativas constrói e estrutura rotinas de consumo que passam a ser o foco dos usuários, minimizando ou anulando o desenvolvimento do sujeito nas diferentes áreas da sua vida. Dessa maneira, o treinamento de habilidades sociais propõe a identificação de situações de risco e a consolidação de estratégias que permitam o enfrentamento dessas situações de risco (Sakiyama et al., 2012).

Essa técnica tem sido utilizada com sucesso no tratamento com sujeitos que apresentam doenças crônicas, dependência de substâncias psicoativas e os familiares desses indivíduos, como parte integrante de outras técnicas e terapias utilizadas no tratamento desses pacientes (Caballo, 2007; Ribeiro & Laranjeira, 2012). No Brasil e em outros países, as intervenções baseadas no treinamento de habilidades sociais com usuários de drogas apresentam resultados positivos em relação à manutenção da abstinência, e como ferramenta na prevenção do uso de SPA em jovens (Sakiyama et al., 2012; Zanelatto, 2013).

1.2.4 Entrevista Motivacional

A entrevista motivacional (EM) é uma técnica centrada no paciente, e foi desenvolvida em 1980 para contribuir com a mudança de comportamentos em usuários de álcool (Silva, Pacheco &

Padin, 2012). A EM preocupa-se principalmente em motivar o sujeito para um processo de mudança, bem como mantê-lo engajado no processo de tratamento, a partir do reconhecimento e ações do paciente sobre seus problemas e potenciais (Miller & Rollnick, 2001). Essa técnica é útil principalmente para pessoas que são ambivalentes quanto à mudança. Em muitas ocasiões, a EM é utilizada como preâmbulo para o tratamento, criando uma abertura para a mudança e o tratamento terapêutico que deve ser feito com o paciente.

As estratégias dessa técnica são principalmente empáticas, apoiadoras e encorajadoras, buscando criar uma atmosfera positiva durante o tratamento, que conduza à mudança a partir da motivação intrínseca do paciente (Miller & Rollnick, 2001). A motivação é um estado ou disposição para a mudança que pode variar dependendo do momento ou situação que esteja vivendo o paciente. Esse é um estado interno, mas que pode ser influenciado positiva ou negativamente por fatores externos (pessoas, circunstâncias).

Essa disposição à mudança está relacionada à aderência do paciente ao aconselhamento ou plano de tratamento, aderência que está relacionada ao vínculo estabelecido entre o terapeuta e o paciente, a partir do acolhimento. O acolhimento entendido como “a humanização do atendimento e a escuta de problemas de saúde do usuário de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema” (Solla, 2005. p. 495), e também, está relacionado à acessibilidade do serviço, ao trabalho de uma equipe multidisciplinar, ao vínculo necessário entre o serviço e o usuário e a relação entre o profissional e o paciente (Franco, Bueno, Merhy citados por Gomes & Pinheiro, 2005).

Isso significa que a motivação pode ser pensada em termos de probabilidade de certos comportamentos, e não, simplesmente, como um estado interno do sujeito (Miller & Rollnick, 2001).

A EM no processo de tratamento com usuários de drogas deve ter presente que esses indivíduos constituem crenças que os levam ao uso da droga. Essas crenças são construídas com o objetivo de amenizar o uso da droga, e, ao mesmo tempo, diminuir o grau de culpabilidade que eles podem sentir por causa do uso e dos comportamentos relacionados à droga. Essa ambivalência é uma característica de muitos usuários de drogas, e, como foi dito anteriormente, a entrevista motivacional é uma técnica útil principalmente para sujeitos que demonstram ambivalência nos seus comportamentos e desejos de mudanças.

Dessa maneira, é importante que o terapeuta identifique o estágio de mudança (pre-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção ou recaída), em que o paciente se encontra, permitindo que o profissional possa determinar se o paciente percebe que tem um problema, e quanto e quando está disposto ou não a mudar seus comportamentos relacionados ou causados pelo uso de substâncias psicoativas.

Cabe ressaltar que a EM é uma técnica utilizada no tratamento dos usuários de drogas, principalmente como uma ferramenta que permite engajar e manter o paciente em todo o processo de tratamento.

1.2.5 Tratamento Farmacológico

O tratamento farmacológico tem sido, com frequência, o primeiro e mais utilizado no tratamento para usuários de substâncias psicoativas e é considerado um dos princípios para o tratamento eficaz dessa população (*National Institute on Drug Abuse, 2012*).

O objetivo da farmacoterapia é o alívio de sintomas de abstinência e fissura, a redução dos comportamentos de busca da droga, além do tratamento de comorbidades muito comuns nos usuários de *crack* (Alves, Ribeiro & Lemos, 2012). Dessa maneira, o uso de psicofármacos pode ser importante na primeira fase do tratamento (desintoxicação) de alguns pacientes, permitindo e ajudando na permanência do paciente no seu tratamento.

Segundo Gorelick, Gardner & Xi (2004), existem quatro perfis farmacológicos para o tratamento dos dependentes de cocaína:

1. Fármacos que atuam de forma idêntica à cocaína de forma mais branda e prolongada, visando o alívio dos sintomas de abstinência;
2. Fármacos que ocupam e bloqueiam todos os receptores relacionados aos efeitos desejados da substância, visando a extinção do seu comportamento de busca;
3. Fármacos que agem em outros sistemas, mas que indiretamente antagonizam os efeitos desejados ou aliviam efeitos indesejados;
4. Fármacos que alteram o metabolismo da cocaína tornando-a indisponível no cérebro (vacinas) (p. 1549, 1550).

“Embora múltiplas farmacoterapias venham sendo avaliadas como tratamentos, ou como adjuntos à terapia para adicção de cocaína, nenhuma medicação teve eficácia consistentemente demonstrada em comparação com o placebo” (Marlatt & Donovan, 2005. p. 30).

Nos últimos 30 anos têm sido usados numerosos medicamentos para o tratamento da dependência de cocaína e *crack*; desses, os mais utilizados e que têm demonstrado alguma eficácia são o topiramato, dissulfiram e modafinil, mas ainda não existe uma medicação considerada eficaz para o tratamento dos usuários de *crack* (Alves et al., 2012; Kessler & Pechansky, 2008).

No entanto, o tratamento para dependentes químicos, principalmente usuários de cocaína e *crack* tem demonstrado que o tratamento farmacológico, junto com a TCC (prevenção de recaída, treinamento de habilidades) e a entrevista motivacional elevam os índices de abstinência e adesão ao tratamento dessa população (Koller & Andrade, 2013).

1.2.6 Abordagem Sistêmica

A abordagem sistêmica baseia-se em duas teorias (familiar e psicanálise). Essa abordagem considera a família como uma unidade organizacional ou um sistema constituído pelos subsistemas conjugal, filial e/ou por outros, que funcionam de acordo com as características desse sistema (regras, valores, crenças, modos de se relacionar, etc.), e que permanecem em constante interação e troca (Bucher-Maluschke, 2008).

Na abordagem sistêmica, a identidade (comportamentos, crenças, sentimentos) de um indivíduo é construída e influenciada no contexto da família a partir das interações estabelecidas entre seus membros, e essa, por sua vez, influencia as relações entre os diferentes membros. A família é vista como a base da construção dessa identidade, envolvendo tanto processos de separação como de pertencimento ao longo do ciclo de vida familiar e da história transgeracional (Bowen, 1998; Galera & Luis, 2002). Isso significa que o sintoma de um membro da família afeta direta ou indiretamente os outros, e tem uma função no e para o sistema (Miermont, citado por Bucher-Maluschke, 2008).

Dessa maneira, quando se observa um indivíduo com problemas de uso e abuso de substâncias psicoativas, realmente se está enxergando e tentando compreender como o processo das relações estabelecidas no contexto familiar e/ou social mantém os integrantes da família e/ou sociedade numa determinada situação (Sudbrack, 2010).

A forma como a família e/ou sociedade se estrutura constitui-se em fator decisivo na prevenção ou precipitação do uso de substâncias psicoativas de algum membro da família. O uso e abuso de drogas de um indivíduo, é, muitas vezes, uma resposta a conflitos e desequilíbrios na própria estrutura e funcionamento familiar em que está inserido; por essa razão, o uso de drogas deve ser analisado como um sintoma da família, e, portanto, o tratamento deve ser focado à família e não somente ao paciente.

A intervenção na abordagem sistêmica implica um trabalho interdisciplinar e em rede, permitindo um olhar mais amplo sobre as múltiplas dificuldades que envolvem o uso de drogas, e como o sujeito é um agente ativo na sua própria mudança, a partir de suas interações afetivas e sociais (Sudbrack, 2010).

O trabalho em rede pode ser visualizado como uma estratégia usada por indivíduos para dar conta de seus problemas e responder às suas necessidades, ou como uma configuração das relações sociais, que estão estruturadas de forma diferente em cada sujeito, e que geram novos laços o tempo todo. O trabalho em rede tem como função suportar, conter e controlar as trocas de reciprocidade presentes nas redes (Sanicola, 2008).

Na abordagem sistêmica, o trabalho em rede permite focalizar o indivíduo e suas relações mais próximas, acentuadas na família, parentes, amigos, vizinhos e outros, identificando as potencialidades e riscos de cada vínculo estabelecido, e como esses vínculos afetam positiva ou negativamente o desenvolvimento do sujeito.

Além das abordagens e técnicas descritas neste capítulo, tem sido utilizada a redução de danos como proposta e estratégia no tratamento a essa população.

1.2.7 Redução de Danos

A redução de danos (RD) é um conjunto de políticas e práticas de saúde pública com o objetivo de reduzir os danos e as consequências associados ao uso de SPA em pessoas que não podem

ou não querem parar de usar drogas. A RD foca-se na prevenção aos danos, sem necessariamente interferir na oferta ou no uso da droga (Ministério da Saúde, 2001).

A redução de danos teve origem na Inglaterra em 1926, a partir de uma pesquisa feita por um grupo de médicos ingleses, que estudou o comportamento de pessoas que usavam morfina ou heroína por via injetável. Uma das conclusões do estudo foi a de que não se podem tratar todos os usuários da mesma forma (impondo-lhes a abstinência), já que alguns pacientes não desejam a abstinência e sim melhorar a qualidade de vida. Dessa forma, recomenda-se o acompanhamento dos usuários que desejam abster-se do uso da droga e o acompanhamento dos sujeitos que desejam continuar com o uso, com o objetivo de possibilitar ao usuário uma vida mais estável e mais útil à sociedade. Esse estudo permitiu encontrar outra forma de abordar o problema do uso de substâncias psicoativas no mundo (Cruz, 2011).

A RD não é contra a abstinência; ela estabelece, além da abstinência, outras formas aceitáveis de prevenção e tratamento. O foco dessa técnica está na prevenção do dano causado pela droga (e não no uso da droga em si), e nas pessoas que continuam usando a droga. Essa técnica propõe o controle e autocuidado com relação ao uso da droga, desenvolvendo no usuário o sentido de responsabilidade sobre si mesmo e em relação à sociedade, por meio do seu protagonismo e autonomia no processo de melhora da qualidade de vida (Cruz, 2011).

A abordagem de redução de danos estimula os indivíduos que tenham comportamentos excessivos ou de alto risco a dar um passo de cada vez para reduzir as consequências prejudiciais de seu comportamento, engajando-os de forma respeitosa no delineamento das metas para o tratamento buscado pelos pacientes (Cruz, 2011).

A RD foi adotada no Brasil em 1989 como uma estratégia de saúde pública. Essa técnica foi inicialmente utilizada como uma estratégia de prevenção ao HIV entre usuários de drogas injetáveis, do programa de troca de seringas. Em 2003, as ações de RD deixam de ser uma estratégia exclusiva dos programas de prevenção do HIV e se tornam uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Alcool e Outras Drogas (Passos & Souza, 2011).

Os programas de redução de danos no Brasil incluem ações no campo da saúde pública e das políticas públicas, apontando para a redução de riscos e prevenção dos danos, ou seja, como uma ferramenta para melhorar a saúde integral das pessoas, abordando o fenômeno das drogas de maneira mais realista, sem julgamentos de valor (Cruz, 2011; Santos, Soares, & Campos, 2010).

Embora essas abordagens, técnicas e propostas demonstrem alguns resultados no tratamento da dependência de cocaína e *crack*, ainda assim urge a necessidade de novas estratégias que permitam complementar o tratamento e engajar o paciente (Moura et al., 2011).

Atualmente, no Brasil, vêm sendo discutidas várias abordagens de tratamento para dependência de substâncias psicoativas, principalmente cocaína e *crack*, porém existem muitas controvérsias sobre qual abordagem demonstra maior efetividade. Há um consenso de que a

dependência de *crack* exige um tratamento difícil e complexo, pois é uma doença crônica e grave que deverá ser acompanhada por longo tempo (Kessler & Pechansky, 2008).

Dessa maneira, é necessário pensar na importância da interação entre as intervenções/plano de tratamento e os problemas e necessidades particulares do sujeito, para que o paciente retorne ao funcionamento produtivo em todas as áreas da sua vida. É importante ressaltar que não existe uma única abordagem terapêutica para envolver todas as características multidimensionais da dependência às drogas.

Infelizmente, os tratamentos tradicionais nem sempre são concebidos para lidar com esses problemas e trabalhar de maneira integrada. Os usuários de substâncias psicoativas necessitam de suporte profissional e tratamento contínuo por meses e/ou anos, sendo que a maioria dos tratamentos convencionais oferecem intervenções episódicas (Figlie & Laranjeira, 2004).

Por essas razões, o Gerenciamento de Caso (GC) surge como uma alternativa para tentar superar essas dificuldades no tratamento de usuários de drogas, principalmente usuários de *crack*, que por suas características, mencionadas anteriormente, são de difícil adesão ao tratamento, independente do tratamento implementado.

1.2.8 Gerenciamento de Caso

O Gerenciamento de Caso (GC) é um modelo terapêutico desenvolvido nos EUA no final de 1960, quando os serviços de saúde mental passaram a ocorrer em ambulatorios localizados em centros de saúde mental na comunidade, com assistentes sociais integrando suas equipes. Foi em 1990 que esse modelo se tornou popular como uma etapa essencial no tratamento aos usuários/dependentes de substâncias psicoativas, ocorrendo principalmente na transição entre internação e tratamento ambulatorial (Siegal, 1998).

As intervenções desenvolvidas a partir do Gerenciamento de Caso são efetivadas com o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento, ampliar a articulação e o trabalho em rede entre os serviços de atendimento, e ajudar a melhorar a qualidade de vida do paciente (Duailibi et al., 2012). Por esses motivos, se faz necessário ter uma concepção clara do que será realizado no Gerenciamento de Caso, por quem e com quem será feito, e quais serão os benefícios esperados (vide Figura 3).

Existem diversos conceitos sobre o Gerenciamento de Caso e eles dependem do foco do trabalho a ser realizado, mas a Associação Nacional de Trabalhadores Sociais dos Estados Unidos incluiu a avaliação, organização, coordenação, monitoramento e advocacia, como partes fundamentais desse trabalho ou intervenção, independente do enfoque a ser utilizado no GC (Siegal, 1998).

Em 1995, o Gerenciamento de Caso foi definido como um método pelo qual o profissional (gerente de casos) avalia as necessidades e interesses do paciente e de sua família, coordenando e monitorando as diversas práticas e serviços oferecidos pela comunidade, a fim de considerar as necessidades específicas do sujeito (Siegal, 1998).

Segundo Fonseca, Alves & Lemos (2011), o Gerenciamento de Caso deve ser compreendido como:

Uma estratégia centrada no paciente, visando melhorar a integração das diversas modalidades, settings e enquadres terapêuticos, valorizando a continuidade do tratamento e a melhor utilização dos recursos comunitários. O gerenciamento de caso (*case management*) surge adaptado às dependências, como uma estratégia para lidar com a natureza crônica, multifacetada e passível de crises (recaídas) e fases de recuperação (abstinência mantida). Estratégias de gerenciamento de caso têm sido implementadas em diversas sociedades e culturas, com resultados positivos, tanto na melhoria da adesão ao tratamento quanto na redução do consumo das diversas substâncias (p. 275).

Da mesma maneira, o GC busca avaliar, aconselhar, ensinar, proteger e assessorar, o usuário e sua família, dirigindo-se ao trabalho das dificuldades relacionadas ao uso e dependência da droga, permitindo um adequado funcionamento individual e social do sujeito. Além disso, o Gerenciamento de Caso trabalha com metas realísticas e possíveis para o paciente, sua família e equipe de trabalho (Springer, 2008).

O Gerenciamento de Caso está direcionado para problemas de acessibilidade, eficácia, continuidade do tratamento e implementação, utilizando um conjunto de intervenções e técnicas de diversas abordagens, principalmente de entrevista motivacional, prevenção à recaída, resolução de problemas, treinamento de habilidades sociais.

O GC se caracteriza por sua flexibilidade, por ser culturalmente moldável e sensível às mudanças do indivíduo na construção e implementação do plano de tratamento que é feito junto ao paciente a partir das suas necessidades, habilidades e interesses. O plano de tratamento deve ser concebido de forma a garantir ao paciente o acesso aos diferentes serviços e recursos da rede, que possam suprir em maior medida as carências e dificuldades individuais, familiares, sociais e assistenciais, e que permita a avaliação e ajuste contínuo do plano de tratamento (vide Figura 3).

O uso de uma única abordagem para todos os cenários de saúde e toda a população atendida nesses cenários pode ignorar as necessidades de cada indivíduo ou paciente. Assim, o Gerenciamento de Caso não conta com um protocolo específico, isso depende das diversidades nas culturas, locais, necessidades, interesses, e são esses aspectos que determinaram sua definição e prática (Leukefeld et al., 2000).

No entanto, é importante ter presentes alguns princípios que norteiam a intervenção a partir do GC. Esses princípios discorrem sobre a importância de fazer um tratamento baseado nas necessidades, autodeterminação e interesses do sujeito a partir das suas potencialidades e recursos que podem ser obtidos da própria comunidade, assim como, o relacionamento estabelecido entre o profissional (gerente de casos) e o paciente, que permitem maior comprometimento com o tratamento, e avanço no trabalho das problemáticas (Leukefeld et al., 2000).

De igual modo, é importante ter presentes os principais objetivos do Gerenciamento de Caso. Estes são: auxiliar o usuário na solução de problemas, no suporte da família e na reinserção no

contexto de trabalho (orientação profissional e parceria com cooperativas que aceitem esse perfil de trabalhador), bem como incentivar a criação de atividades profissionais dentro da comunidade como fonte de renda (cursos profissionalizantes), facilitar o acesso do paciente e seus familiares ao tratamento e manter-se alerta às mudanças nas necessidades, na motivação e nos problemas dos pacientes e de seus familiares durante o tratamento (Figlie & Laranjeira, 2004).

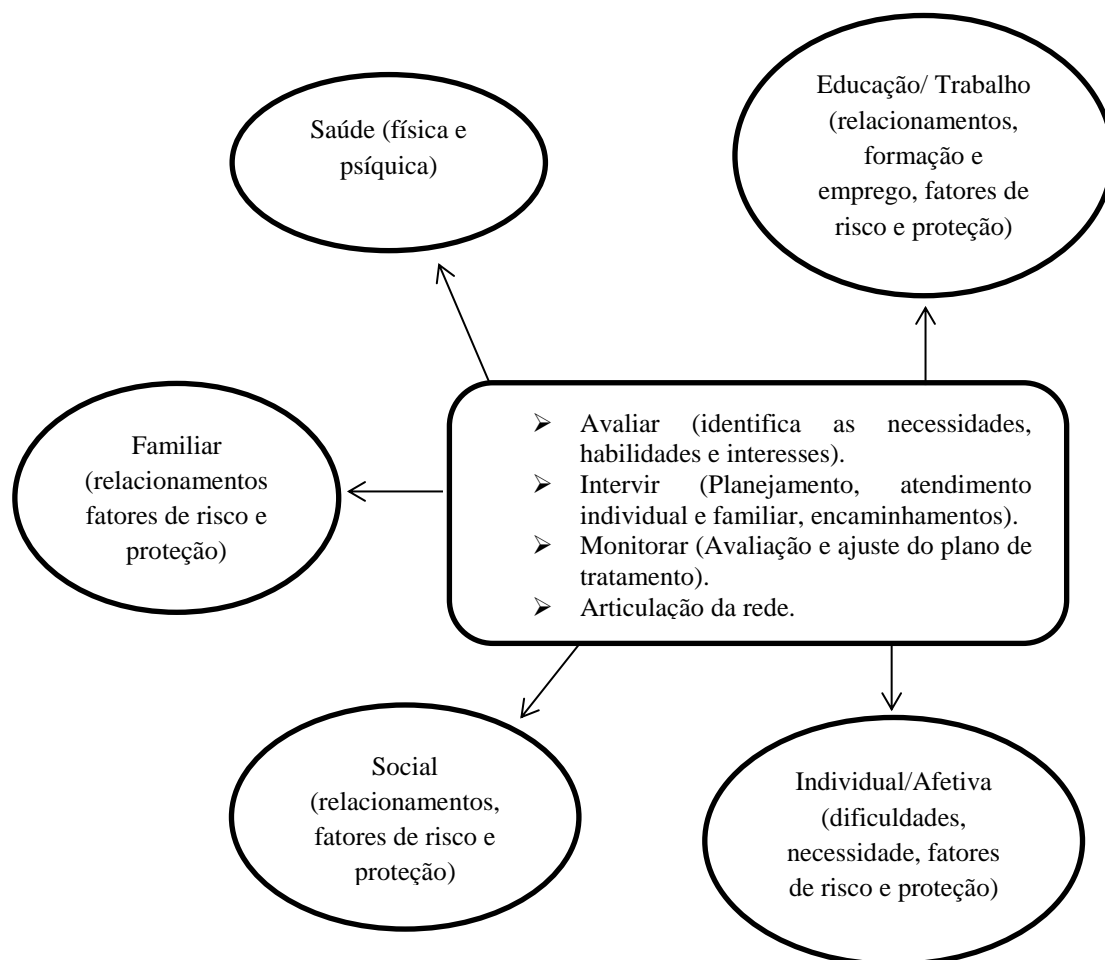


Figura 3. Modelo do Gerenciamento de Caso

O Gerenciamento de Caso dirige-se à identificação de futuras dificuldades ou recaídas. Sendo assim, o gerente de casos deve motivar o paciente para o tratamento, e trabalhar juntamente com ele na identificação de recursos e necessidades nas diferentes áreas de desenvolvimento do sujeito, que podem influenciar no seu tratamento. Da mesma forma, o gerente de casos deve, junto ao paciente, fazer uma avaliação constante do plano de tratamento com o objetivo de verificar progressos e realizar os ajustes do plano de tratamento, caso seja necessário.

O gerente de casos deve estar disposto a ajudar o paciente à medida que os problemas forem surgindo, prestar atenção aos progressos e reforçar o comportamento do paciente quando ele obtiver

sucesso. O objetivo é aumentar a frequência de atitudes positivas e manter o paciente motivado para que ele continue o tratamento (Leukefeld et al., 2000).

Para maior eficácia no tratamento dos usuários de drogas através do modelo de GC, o profissional (gerente de casos) deve ter em mente que esse modelo busca identificar as necessidades específicas do sujeito, determinando os pontos fortes e fracos, e, a partir disso, desenvolve um plano de tratamento específico para cada paciente. O plano de tratamento é elaborado e avaliado junto com o paciente, com o objetivo de identificar os progressos ou dificuldades, como foi dito anteriormente. Para a execução desse plano de tratamento, o trabalho deve ser em rede a partir das conexões com outros serviços (Figlie & Laranjeira, 2004). O Gerenciamento de Caso não funciona isoladamente. Para uma intervenção bem sucedida, precisa-se do estabelecimento de ligações entre o GC e a rede de serviços (Siegal, 1998). O trabalho em rede permite ter uma ótica integral do sujeito e suas necessidades, e estimula a atuação multidisciplinar de um conjunto de profissionais de diversas instituições que devem ter como objetivo único o atendimento do usuário de drogas e sua reinserção social, através de um processo contínuo e coletivo.

O trabalho em rede voltado para o atendimento aos usuários de drogas precisa da atenção básica em saúde (unidade básica de saúde, consultório na rua), atenção psicossocial especializada (CAPS-ad), atenção de urgência e emergência (SAMU, hospitais de atenção à urgência/pronto socorro), atenção residencial de caráter transitório (unidade de acolhimento, etc.), e atenção de instituições que orientem e permitam o acesso à educação, trabalho, renda e moradia.

Dessa forma, o decreto No. 7.179, de 20 de maio 2010, do Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas determina que deve existir uma estrutura, ampliação e fortalecimento das redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de *crack* e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde – SUS, assim como a integração e articulação das ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social dessa população (Ministério da Justiça, 2010).

Além disso, é importante a aproximação com as redes sociais do paciente, para entender como se desenvolvem as pautas culturais, as informações, as relações estabelecidas entre usuário e fornecedor, usuário e comunidade, usuário e família, que podem influir de maneira positiva ou negativa, facilitando ou dificultando a busca e adesão ao tratamento, assim como a recuperação e reinserção social do paciente (Mendeiros, 2008).

No trabalho com essa população, devem ser propostos espaços de encontro possibilitando a formação de novas redes para o estabelecimento de vínculos afetivos e de apoio, que suportem o processo de reintegração social do sujeito (Mendeiros, 2008). Um trabalho em rede que permita mobilizar pessoas, grupos e instituições para a utilização dos recursos, a partir da consolidação de parcerias entre setores governamentais e não governamentais.

Portanto, o gerente de casos junto com uma equipe interdisciplinar de apoio, deve buscar ativamente as redes de apoio necessárias para o paciente, fornecendo avaliação e reavaliação do tratamento implementado, auxiliando no planejamento da(s) meta(s) do paciente, oferecendo serviços terapêuticos e aquisição de recursos. Além disso, o gerente de casos ajuda a desenvolver sistemas de apoio informal, respondendo às crises e envolvendo-se na defesa do paciente. O tratamento deve ser estruturado de forma a garantir uma transição adequada e tranquila para o próximo nível do tratamento, evitar vazios no serviço e responder rapidamente à ameaça de recaída. A compreensão abrangente de serviços promove a recuperação e permite que o paciente abusador de SPA se integre plenamente à sociedade como um indivíduo saudável e produtivo (Siegal, 1998).

No planejamento do Gerenciamento de Caso, é importante levar em conta a duração, intensidade, avaliação e tipo de serviço, tendo em mente as características do público-alvo, os objetivos do programa, o ambiente, o modelo administrativo (trabalho de uma equipe multidisciplinar), e as características do gerente de casos.

De igual modo, o GC, diferentemente de outros modelos, técnicas ou propostas utilizadas para o tratamento aos usuários de substâncias psicoativas, busca potencializar o acesso à rede de serviços públicos e garantir a reinserção social desses usuários, fortalecendo sua condição de cidadão, a partir das múltiplas atividades, funções e objetivos que foram descritos anteriormente.

O sucesso do Gerenciamento de Caso, de fato, depende muito de como o serviço está sendo utilizado e da habilidade do gerente de casos. A identificação do papel e as funções específicas do gerente de casos poderiam ajudar no treinamento de gerenciadores de casos e melhorar o seu funcionamento. É necessário ressaltar a importância do perfil do gerente de casos, como a pessoa que irá orientar todo o tratamento do paciente.

Dessa maneira, o perfil do gerente de casos deve incluir uma formação acadêmica adequada e atualização continuada, conhecimento e experiência sobre o tratamento dos usuários de substâncias psicoativas e as características da população, compromisso com o trabalho com usuários de drogas e conhecimento do sistema de serviço e trabalho com a rede de saúde. Em suma, o gerente de casos serve como um coordenador do tratamento do paciente, no sentido de viabilizar as necessidades individuais do cliente, e atuar como um facilitador no sentido de suprir essas necessidades de forma efetiva (Figlie & Laranjeira, 2004). Do mesmo modo, o gerente de casos é um operador de rede, na medida em que explora e desenvolve ações para a mobilização das redes formais e informais (instituições, família, comunidade, etc.) (Sanicola, 2008). O gerente de casos pode direcionar o tratamento a uma variedade de desfechos e comportamentos-alvo, tais como retenção no tratamento, abstinência, busca de emprego, resolução de problemas familiares ou aumento na procura de outros serviços.

Ao longo do tempo, a técnica do Gerenciamento de Caso foi aperfeiçoada e dividida em modelos que se diferenciam conforme a intensidade de provisão de cuidados, metas, participação do

paciente e envolvimento do gerente de casos, a fim de fornecer aos profissionais uma escolha do modelo que melhor se adapta ao tipo de instituição, objetivos e necessidades dos pacientes. Os quatro modelos mais utilizados são: Generalista, Tratamento comunitário assertivo/intensivo, Caso clínico/reabilitação e o Modelo baseado nas potencialidades do paciente (McDonald, 2005; Vanderplasschen et al., 2007).

O modelo generalista está focado na avaliação das necessidades do paciente, o encaminhamento para outras instituições, coordenação de serviços e monitoramento do tratamento. O modelo de caso clínico é aquele em que o profissional responsável trata o paciente através das intervenções (psicoterapia, aconselhamento, farmacoterapia, etc.) e também fornece um serviço de gestão de processos semelhante ao descrito no modelo generalista. O modelo de tratamento comunitário assertivo trata o paciente através de uma equipe multidisciplinar (psiquiatra, enfermeira, assistente social, gerente de casos, etc.), os serviços são prestados na casa e locais de trabalho do paciente, e não nas clínicas. Nesse modelo, a gestão de casos e tratamento são uma única entidade. O modelo baseado nas potencialidades é centrado nas características positivas do paciente, e estabelece um foco nas suas prioridades e no uso de uma rede informal, que vai além dos serviços de saúde (rede formal). Nesse modelo, as habilidades e características positivas do paciente, seu sistema de suporte individual e comunitário são enfatizados (McDonald, 2005; Vanderplasschen et al., 2007).

A fim de avaliar a efetividade da técnica do GC e dos diferentes modelos, Vanderplasschen e colegas, fizeram uma revisão sistemática de 48 artigos publicados entre 1993 e 2003 foi realizada focando os efeitos dos diferentes modelos entre diversas populações de usuários de substâncias psicoativas. Foi determinado que o modelo generalista e o baseado nas potencialidades do paciente apresentaram melhores resultados enquanto à redução de internações, aumento do uso de serviços baseados na comunidade, maior retenção no tratamento, melhora na qualidade de vida e maior satisfação do paciente (Vanderplasschen et al., 2007).

Igualmente, estudos anteriores sobre intervenção mediante o Gerenciamento de Caso (*Case management*) com usuários de substâncias psicoativas têm demonstrado maior eficácia e efetividade no tratamento dessa população. Nessas investigações, os autores fizeram comparações com outros tipos de tratamento ou intervenção. Nesse sentido, destacam-se os seguintes trabalhos: McLellan et al., 1999; Ridgely & Willenbring, 1992; Shwartz et al., 1997; Siegal, 1998. Não obstante, existem outros estudos que descrevem a pouca eficácia do Gerenciamento de Caso como intervenção no tratamento do abuso de substâncias psicoativas, em comparação com outras intervenções (por exemplo: Falck, Siegal, & Carlson, 1992; McDonald, 2005).

Nos Estados Unidos, Morgenstern e colegas realizaram uma pesquisa com 302 mulheres usuárias de SPA vinculadas ao programa de seguridade social. O grupo foi dividido em dois subgrupos. Um deles recebeu tratamento intensivo com Gerenciamento de Caso e o outro recebeu tratamento convencional (pacientes entrevistadas e encaminhadas). Nos resultados se observa que o

grupo que recebeu tratamento com GC teve maior taxa de abstinência médica, o nível de emprego, inicialmente foi maior no grupo de mulheres que receberam o tratamento convencional, mas foi ultrapassado pelo grupo que recebia tratamento com o GC a partir do segundo ano e obteve melhores índices de emprego em tempo integral (Morgenstern et al., 2009). Outro estudo realizado nos Estados Unidos com 421 usuários de heroína de ambos os sexos identificaram que o grupo que recebeu o tratamento com GC, um ano após alta, apresentava maiores taxas de utilização dos serviços de tratamento e de abstinência, em comparação com o grupo que recebeu o tratamento convencional. (Morgenstern et al., 2009).

Para a implementação e eficácia do Gerenciamento de Caso, é necessário ter presentes as políticas de saúde, políticas públicas sobre drogas, e as leis e portarias que ajudaram a construir o processo sobre o cuidado do usuário de SPA.

1.3 Legislação

É importante conhecer e compreender as principais noções legais e de políticas estatais existentes no país no tocante à drogadição, para encarar o assunto do tratamento e da intervenção de pessoas usuárias de drogas. Nesse sentido, será desenvolvida uma visão geral do assunto, dando ênfase aos aspectos que se consideram mais importantes no que tange aos objetivos desta pesquisa.

1.3.1 O SUS e o atendimento dos usuários de drogas

O SUS é um modelo de atenção à saúde que garante o acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país, fundamentado nas ações curativas e estruturado em ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta.

Em 2010, O Ministério da Saúde estabeleceu, na Portaria Nº 4.279/2010, as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, com o objetivo de superar a fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas que geravam lacunas assistenciais, financiamento público insuficiente e baixa eficiência no emprego dos recursos, assim como configuração inadequada de modelos de atenção (incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção), fragilidade na gestão do trabalho e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública, e pouca inserção da vigilância e promoção em saúde no cotidiano dos serviços de atenção.

A Rede de Atenção à Saúde caracteriza-se pela “formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, e pelo cuidado multiprofissional”, e tem como objetivo melhorar a qualidade da atenção (contínua e integral), a qualidade de vida dos usuários da rede, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (Ministério da Saúde).

A partir da estrutura da Rede de Atenção à Saúde, a Política Nacional de Saúde Mental define a atenção em saúde mental no SUS para usuários de drogas e suas famílias, por meio de diversos

dispositivos articulados em rede (CAPS, CAPS-ad, serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios, centros de convivência e cultura, leitos de atenção integral em hospitais gerais, serviços hospitalares de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, ações de saúde mental na atenção básica, ações de inclusão social pelo trabalho e o Programa de Volta para Casa).

Esse trabalho em rede produz respostas mais efetivas de tratamento para o usuário de drogas e sua família no sistema de saúde pública. Para que o trabalho em rede possa ser feito de forma efetiva, eficiente e com qualidade, “tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso, integração horizontal e vertical, processos de substituição, territórios sanitários, e níveis de atenção” (Mendes, 2011. p. 71). No entanto, a concepção vigente na normativa do SUS ainda é a de um sistema hierárquico, piramidal, formatado segundo as complexidades relativas de cada nível de atenção (Mendes, 2011). Essa concepção pode trazer dificuldades quando se coloca em prática o trabalho em rede (rede interinstitucional) que, por sua estrutura, precisa de uma visão horizontal que permita a comunicação e visualização das entidades que fazem parte da rede.

1.3.2 O contexto das políticas públicas sobre drogas

As políticas públicas sobre drogas têm como objetivo principal enfrentar os diferentes problemas associados ao consumo de substâncias psicoativas como uma questão de saúde pública. A partir disso, as políticas públicas sobre drogas garantem a qualificação, acesso e processo contínuo de tratamento, recuperação e reinserção social e ocupacional do usuário de drogas e seus familiares, por meio da capacitação continuada de todos os setores governamentais e não governamentais envolvidos, assim como a articulação e integração em rede nacional das ações do Sistema Único de Saúde - SUS e Sistema Único de Assistência Social - SUAS (Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil, 2010). Desse modo, as portarias Nº 816/2002, 336/2002, 2.197/2004, 1.612/2005, 3.088/2011, 132/2012, a lei Nº 11.343/2006 e o decreto Nº 7.179/2010 ajudaram a construir o processo sobre o cuidado do usuário de SPA iniciado em 2002 (ver Tabela 1).

Considerando algumas das leis, portarias e decretos (ver Tabela 1), e frente à necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS para a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de drogas e suas famílias, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (portaria Nº 3.088/2011), com o objetivo de garantir o atendimento integral a essa população.

Segundo o Ministério da Saúde, a RAPS é constituída pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde (unidade básica de saúde, consultório na rua, centros de convivência), atenção psicossocial especializada (CAPS, CAPS-ad), atenção de urgência e emergência (SAMU, sala de estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, entre outros), atenção residencial de caráter transitório (unidade de recolhimento, serviços de atenção em regime residencial) e atenção hospitalar (enfermaria especializada em Hospital Geral, serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas). (ver Figura 4).

Tabela 1

Histórico dos dispositivos legais sobre o cuidado do usuário de substâncias psicoativas de 2002 a 2012

Ano	Dispositivos legais	Proposta	Inovação
2002	Portaria GM/MS Nº 816	Determina a necessidade de ampliar a oferta de atendimento aos usuários de SPA na rede do SUS, assim como a necessidade de reformulação e adequação do modelo de assistência oferecida pelo SUS ao usuário de drogas, a partir da estruturação de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários.	<p>- Considerando a Lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde.</p> <p>- Estabelece que nos próximos três anos deveram ser implantados no País, 250 Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras Drogas.</p>
2002	Portaria GM/MS Nº 336	<p>- Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se em: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária.</p> <p>- Os CAPS-ad II são para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de SPA. Esses CAPS-ad devem realizar atendimento individual e coletivo, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias enfocando a integração do usuário na comunidade e sua inserção familiar e social.</p>	- Considerando a Lei 10.216/2001, o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS Nº 95/2001 e considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria Nº 224/1992, esta portaria regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2004	Portaria GM/MS Nº 2.197	Redefinir e ampliar a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.	- Considerando a Lei 10.216/2001, a Portaria 816/2002, a Portaria 817/2002, que incluiu na Tabela SIH-SUS, grupo específico de procedimentos voltados para a atenção hospitalar a usuários de drogas, considerando as determinações do documento “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas” que prioriza que as ações de caráter terapêutico, preventivo, educativo e reabilitador, direcionadas a pessoas que fazem uso de drogas (e seus familiares) sejam realizadas na comunidade, considerando a ocorrência no triênio 2001/2002/2003, de 246.482 internações para o tratamento de problemas relacionados ao uso de drogas, considerando a Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS) que recomenda a ampliação da atenção integral à saúde e considerando a necessidade de que o SUS ofereça respostas integrais e articuladas nos diferentes níveis de complexidade, de acordo com a demanda apresentada pelos usuários, estabelece que o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas tenha como componentes: atenção básica, atenção nos CAPS-ad, ambulatórios e outras unidades extrahospitalares especializadas, atenção hospitalar de referência e componente da rede de suporte social, complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS.
2005	Portaria GM/MS Nº 1.612	Credenciar e habilitar os serviços hospitalares de referência para atenção aos usuários de SPA.	Considerando a necessidade da oferta de suporte hospitalar estratégico para a rede de atenção psicossocial, no que tange a situações de urgência decorrentes do uso de drogas, considerando a Portaria 2.197/2004 e considerando a necessidade de definir mecanismos para operacionalização dos procedimentos específicos para a atenção hospitalar aos usuários de drogas, aprova as normas de funcionamento e credenciamento/habilitação dos serviços hospitalares de referência para a atenção integral aos usuários de drogas.
2006	Lei Nº 11.343	Instituir o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) para articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com a prevenção do uso indevido de SPA, a atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.	O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) deve constituir atividades de atenção ao usuário e dependente de drogas e respectivos familiares, aquelas que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas.

2010	Decreto N° 7.179	Instituir o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de <i>crack</i> e outras drogas ilícitas.	O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas tem como fundamento a integração e articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, esporte, cultura, direitos humanos, juventude, etc., em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas.
2011	Portaria N° 3.088	Instituir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas, no âmbito do SUS.	A Rede de Atenção Psicossocial promove a reabilitação e reinserção dessa população, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária, e mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde.
2012	Portaria N° 132	Instituir incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do SUS.	Fica instituído incentivo financeiro de custeio para o desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do SUS.

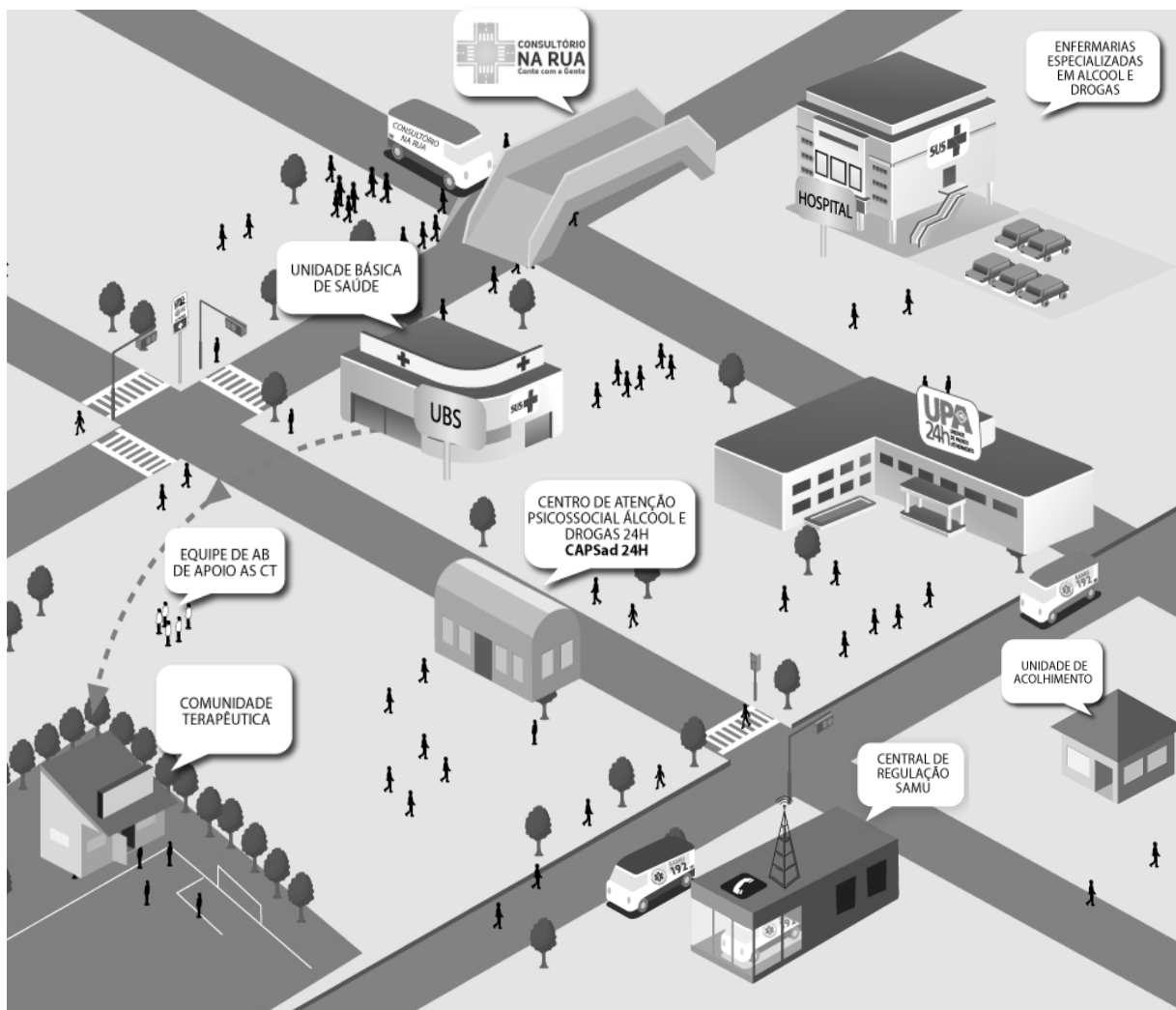


Figura 4. Rede de Atenção Psicossocial ao Usuário e à Família.

Fonte: Ministério da Saúde (2012).

Segundo o Ministério da Saúde, a partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, o atendimento em saúde mental deve garantir o acesso da população aos serviços de saúde, respeitando os direitos e a liberdade do indivíduo, valorizando a desinstitucionalização como parte do processo de inclusão social e oportunizando novas formas de cuidado, mas o tratamento por meio da internação compulsória acaba indo na contramão da Reforma Psiquiátrica, tornando-se ineficiente e violador dos direitos humanos. Sendo assim, cabe pensar se a internação compulsória seria uma alternativa de tratamento que permite o trabalho das múltiplas necessidades do usuário e o comprometimento com seu processo terapêutico.

A internação compulsória ao usuário de drogas, além de ser anticonstitucional, gera desconfiança no usuário e na família que deseja procurar atendimento na rede de saúde, portanto, deveria ser proibida nas diferentes leis, decretos e portarias que falam sobre o atendimento e cuidado ao usuário e dependente de SPA.

Como foi dito anteriormente, os usuários de drogas e seus familiares precisam de ajuda, apoio e redes públicas que garantam a atenção integral desses sujeitos. Para tal, as ações estipuladas em cada uma das leis, portarias e decretos descritos anteriormente devem estar articuladas entre elas. No entanto, na prática, as instituições que fazem parte dessa rede trabalham de forma individual e fragmentada, realizando, às vezes, um trabalho duplo ou esgotado tanto pelos profissionais que fazem parte de cada uma das instituições quanto pelos usuários que devem ir de um lugar para outro à procura de atendimento e encaminhamentos que possam suprir as suas necessidades. A rede de atenção fragmentada tem, como consequência, o pouco comprometimento ou abandono do tratamento, e “o vínculo terapêutico, quando existe, é frágil e a responsabilização não é clara” (Martins et al., 2012, p. 15).

Nesse trabalho em rede, os CAPS-ad, segundo a portaria 336/2002, foram concebidos para coordenar e articular as ações de saúde mental na atenção ao usuário de drogas, mas esse trabalho depende do bom funcionamento dos outros dispositivos da rede de atenção e da disponibilidade dos recursos existentes nessa rede. No entanto, existem barreiras que surgem no processo de procura e conquista do cuidado, gerando vazios no atendimento a essa população e descumprimento das leis estabelecidas (Borysow & Furtado, 2013).

Poucos resultados podem ser observados em instituições como o CAPS-ad que trabalham de forma ambulatorial. Contudo, parece que esse resultado está relacionado às dificuldades do trabalho em rede proposto nas portarias GM/MS Nº 816/2002, GM/MS Nº 2.197/2004 e GM/MS Nº 3.088/2011, uma vez que não está sendo feito um trabalho articulado que possibilite a identificação e a intervenção nas múltiplas necessidades e dificuldades do indivíduo usuário ou dependente de SPA (Martins et al., 2012). A dificuldade de acesso aos diferentes centros de atenção que fazem parte da rede de saúde parece proceder das limitações dos serviços de saúde mental em se adaptar às necessidades específicas dos usuários. A falta de estratégias para a busca ativa e para o acolhimento dessa população nos serviços de saúde impede a ampliação do acesso aos serviços (Borysow & Furtado, 2013).

As políticas públicas sobre drogas devem ser convergentes com os princípios e orientações do SUS, buscando a integralidade do acesso e do direito à assistência aos usuários de SPA. No entanto, quando as políticas de atenção à saúde e as políticas públicas sobre drogas são colocadas na prática, todo o panorama muda. Existe ausência do Estado no que tange ao acompanhamento, orientação e fiscalização contínua do cumprimento e utilização de recursos materiais e humanos disponíveis e preparados para o atendimento aos usuários e suas famílias (Tanaka & Ribeiro, 2009). Isso faz com que a rede interinstitucional prevista na portaria 3.088/2011 não funcione como está estipulado, gerando lacunas e dificuldades para pôr em prática a proposta do Gerenciamento de Caso, que se baseia no trabalho em rede, orientação e direcionamento a partir das necessidades e interesses dos usuários de drogas e seus familiares, para poder garantir atendimento integral a esses sujeitos. “O que

se constata, na prática, é a consagração de um modelo de organização de serviços que ainda fragmenta o cuidado à saúde” (Costa-e-Silva, Rivera, Hortale, 2007. p.1406). Dessa forma, pode-se pensar que o sistema de saúde provavelmente não está estruturado de forma adequada para receber e tratar integralmente as pessoas que o procuram e precisam de tratamento.

Além disso, a maioria das leis, portarias, decretos e política pública sobre drogas pretendem oferecer melhoras nas condições externas, contextos, dispositivos e estruturas de atendimento aos usuários de SPA e seus familiares. No entanto, as pautas culturais, o modo de vida desses indivíduos, os aspectos específicos da subjetividade, da individualidade e do relacionamento que deve ser estabelecido com o profissional, as características psicológicas e relacionais do profissional e o compromisso com o trabalho, não fazem parte da construção da legislação.

Reconhecer as qualidades e particularidades do sujeito ainda não faz parte das leis e decretos estipulados para o atendimento ao usuário de drogas. É preciso analisar não apenas as questões externas, mas as condições e características dos relacionamentos. Tanto os preconceitos, quanto as formas de se posicionar por parte do profissional e do paciente, tornam-se aspectos centrais que deveriam fazer parte das leis, dos decretos, das políticas, das ações e dos programas de formação e qualificação profissional das pessoas envolvidas no processo de tratamento dos usuários.

Capítulo II – Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Analisar as formas de intervenção através do modelo de Gerenciamento de Caso, com o propósito de compreender os significados e as relações construídas ao longo da intervenção por parte dos profissionais em saúde, bem como por parte dos usuários de *crack* vinculados ao CAPS-ad de uma cidade-satélite do DF, e desse modo, contribuir na qualificação dos profissionais da área da saúde.

2.2 Objetivos Específicos

Conhecer o padrão de consumo e perfil do usuário de *crack* que busca tratamento no CAPS-ad do DF.

Identificar aspectos favoráveis e desfavoráveis à adesão ao tratamento de usuários de *crack* vinculados ao CAPS-ad, na avaliação de usuários e de gerentes de casos.

Conhecer as significações que usuários de *crack* constroem sobre seu tratamento nas modalidades de atenção psicossocial e de Gerenciamento de Caso.

Capítulo III – Método

O estudo utilizou como base empírica duas fontes de dados, uma quantitativa e a outra qualitativa, obtidos em duas etapas. A primeira etapa de coleta de dados ocorreu no contexto da realização do projeto “Avaliação, gerenciamento de caso e seguimento de usuários de crack que se encontram em tratamento em seis estados brasileiros”, que foi realizado com usuários de *crack* que estavam iniciando o tratamento num CAPS-ad do DF; e a segunda, por meio da realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais da área da saúde (gerentes de casos), bem como com alguns dos pacientes (usuários de *crack*) vinculados ao CAPS-ad de uma cidade-satélite do DF, e que fizeram parte do projeto mencionado. Cabe ressaltar que as gerentes de casos não trabalhavam no CAPS-ad, mas faziam parte do referido projeto que implementou o Gerenciamento de Caso no CAPS-ad escolhido.

Embora a ênfase metodológica desta pesquisa centre-se na necessidade de compreender e analisar as formas, perspectivas e dinâmicas que se apresentam nas falas dos profissionais (gerentes de casos), bem como dos usuários, não se pode desconsiderar o papel de determinados aspectos quantitativos e epidemiológicos que permitem traçar o perfil de consumo e conhecer quem é o usuário de *crack* que recorre ao serviço de atenção psicossocial, e assim ampliar o olhar do pesquisador e definir os vários níveis a serem atingidos. O levantamento de dados quantitativos auxiliou a compor o perfil do usuário de *crack* em tratamento no CAPS-ad do DF e contribuiu para identificar cenários mais realísticos, de forma a verificar se tais achados se coadunam com os apontados pela escassa literatura, tecendo uma melhor contextualização do fenômeno a ser estudado.

Encarar o cenário do tratamento de usuários de *crack* exige identificar aspectos específicos. Alguns desses aspectos envolvem significados, emoções, crenças e níveis específicos da subjetividade humana. No caso deste estudo, pretende-se atingir camadas da subjetividade cuja importância é fundamental nos processos de intervenção. Na maior parte das pesquisas, os aspectos subjetivos são esquecidos e desconsiderados como parte das causas e das dificuldades de adesão ao tratamento.

O enfoque da pesquisa é sobre os processos de significação dos profissionais (gerentes de casos) e dos usuários de *crack* vinculados ao CAPS-ad construídas no contexto das interações entre o gerente de casos e o paciente, no âmbito da intervenção do Gerenciamento de Caso. Com base nessas falas e interações, pretende-se identificar as características, significados, sentidos, emoções e afetos envolvidos, e a partir deles estabelecer o papel que esses processos têm na intervenção. A análise desses dados foi realizada por meio da análise de conteúdo, por considerar-se uma técnica que utiliza procedimentos sistemáticos para descrever e interpretar as comunicações (vivências, emoções, falas e significações) (Bardin, 2009). Os aspectos específicos dos significados e das emoções envolvidas na intervenção, sejam quais forem, são quase sempre esquecidos por parte do *mainstream* da pesquisa sobre uso de drogas.

3.1 Contextualização da Instituição

A partir do início do projeto interinstitucional “Avaliação, gerenciamento de caso e seguimento de usuários de crack que se encontram em tratamento em seis estados brasileiros”, coordenado pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, foi feita a escolha do CAPS-ad de uma cidade-satélite do DF, na qual foi desenvolvido este estudo e o projeto citado.

O projeto interinstitucional foi realizado como parte da Política Nacional sobre Drogas e o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas. Esse projeto foi desenvolvido pela SENAD, em parceria com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O HCPA trabalhou em parceria com a Universidade de Brasília aqui no DF, da qual a pesquisadora fez parte como coletadora e mestranda durante o processo de pesquisa que durou de maio de 2010 a agosto de 2012.

No desenvolvimento do projeto, a equipe de Brasília composta por estudantes e professores da UnB, teve a oportunidade de conhecer e compartilhar com parte da equipe do CAPS-ad alguns espaços de acolhimento (fase inicial do tratamento de usuários de SPA) e reuniões de equipe para estudo de casos, assim como o primeiro contato com alguns dos usuários de *crack* que buscaram tratamento nesse Centro e que fizeram parte deste estudo.

O CAPS-ad é um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas, considerada como a única unidade de saúde especializada em atender os dependentes de álcool e drogas na capital, dentro das diretrizes determinadas pelo Ministério da Saúde, que tem por base o tratamento do paciente em liberdade, buscando sua reinserção social (Conselho Municipal Antidrogas - COMAD). No caso do CAPS-ad escolhido para o desenvolvimento do estudo, o atendimento realiza-se de forma interdisciplinar e abrange o trabalho com grupos terapêuticos, terapias individuais e terapias com as famílias dos pacientes.

Segundo o Ministério da Saúde na Portaria MS nº 336/02, o CAPS-ad tipo II é um serviço de atenção psicossocial para atendimento a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com as seguintes características:

- a) Constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional;
- b) sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;
- c) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território;
- d) coordenar, no âmbito de sua área de abrangência, as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;
- e) supervisionar e capacitar às equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território;
- f) realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental e medicamentos excepcionais;
- g) funcionar de 8:00 às 18:00 horas, durante os cinco dias úteis da semana;
- h) manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

Os CAPS-ad devem oferecer atendimento diário a pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva

individualizada de evolução contínua. O atendimento aos usuários de SPA deve ser oferecido em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em Centros como os CAPS-ad. Esses Centros devem também estar articulados aos programas de saúde da família, agentes comunitários de saúde, redução de danos e rede básica de saúde.

Conhecendo, assim, a importância do CAPS-ad II no atendimento ao usuário de substâncias psicoativas e como parte importante e protagonista da rede básica de saúde, este estudo procurou produzir dados para analisar a intervenção do Gerenciamento de Caso como estratégia no tratamento ao usuário de *crack*, e contribuir no processo terapêutico implementado pela equipe de atendimento psicossocial no CAPS-ad escolhido.

O projeto interinstitucional mencionado anteriormente implementou o GC através do modelo baseado nas potencialidades do paciente, acreditando que esse modelo poderia ser adequado ao usuário de *crack* que busca tratamento nos CAPS-ad brasileiros, por estabelecer o foco nos pontos positivos do paciente, por considerar os vários aspectos de sua vida e por buscar o aproveitamento da rede formal e informal disponível para o paciente. As assistentes sociais (gerentes de casos), assim como alguns membros da equipe, foram treinados no Gerenciamento de Caso, tendo como base a entrevista motivacional de Miller & Rollnick.

O programa de GC implementado nessa pesquisa foi dividido em duas fases, com no mínimo oito encontros (um por semana) entre o gerente de casos e o paciente, contando com três elementos a serem usados: avaliação, intervenção e monitoramento. Os objetivos do tratamento foram o desenvolvimento de habilidades e potencialidades do paciente e reestruturação nas diferentes áreas: moradia, emprego/sustento, saúde física e mental, relações familiares e sociais. Os resultados esperados foram: integração e ampliação da rede social, incremento do repertório comportamental de enfrentamento e reconstrução da identidade e autonomia do paciente, para maior funcionalidade do sujeito e a rede de apoio.

Antes do início do tratamento, o gerente de casos mapeia a rede socioassistencial/recursos sociais disponíveis no município/território e possibilidade de articulação para efetivação da intervenção a ser realizada. No estudo, o mapeamento foi feito a partir dos recursos disponíveis pelas gerentes de casos e foi ajustado durante o processo de tratamento, a partir das necessidades de cada paciente. Esse mapeamento facilitou o trabalho de algumas dificuldades e necessidades identificadas junto com cada usuário. A partir do mapeamento, se deu início à primeira fase (avaliação), que foi realizada nos primeiros dois encontros. O gerente de casos, junto ao paciente, identificou os recursos e as necessidades básicas, assim como áreas que podem impactar na sua participação no tratamento (condições de acesso, insuficiência de recursos financeiros, etc.). O objetivo dessa fase foi motivar e engajar o paciente no tratamento. Para isso, o gerente de casos podia: revisar os resultados da avaliação (identificação das áreas que constituem problemas significativos e possíveis recursos do

paciente para enfrentar os mesmos), e encorajar o paciente a partir dos princípios da entrevista motivacional.

Além disso, o paciente recebeu um passaporte da saúde (Anexo A), para que pudesse acompanhar o próprio tratamento. O gerente de casos recebeu um carimbo que devia usar no passaporte de cada paciente quando o sujeito comparecesse aos encontros e cumprisse as metas. Igualmente, o gerente de casos, junto ao paciente, devia fazer um mapa mínimo (Anexo B), que consistia num registro da rede social do paciente, para a identificação das referências afetivas que poderiam ser acionadas como suporte durante a intervenção.

Na segunda fase (intervir e monitorar), desenvolvida nos seguintes seis encontros, o gerente de casos continuou o processo de motivar, intervir e monitorar, enquanto o paciente participava dos grupos disponíveis no CAPS-ad e dos demais recursos da rede. Esses encontros foram desenvolvidos com o objetivo de organizar e trabalhar questões individuais não contempladas nos grupos e em outros locais, monitorar a execução de tarefas, chamar algum membro da família conforme a necessidade (troca de informações, auxílio no tratamento), compartilhar o caso com os profissionais do CAPS-ad. Por último, devia ser realizado o fechamento a partir de uma avaliação sobre os resultados e pendências, e passagem do caso para cuidados exclusivos do técnico de referência do CAPS-ad, já que o GC foi desenvolvido apenas por dois meses pelo projeto interinstitucional mencionado anteriormente, com o objetivo de avaliar uma nova proposta numa unidade de atenção da rede de saúde pública.

É importante ressaltar que para maior efetividade do GC, além de ter presentes as funções e princípios básicos do GC que foram explicados anteriormente, precisa-se de treino e supervisão dos gerentes de casos, clareza e controle na implementação do método, continuidade no tratamento e integração de uma rede de atenção e serviços. Implementações incompletas, baixa intensidade da intervenção, treinamento insuficiente, pouca experiência dos gerentes de casos e desarticulação da rede de atenção e serviços podem impactar negativamente nos resultados do tratamento. Assim, o Gerenciamento de Caso corre o risco de ser mais uma peça fragmentada do sistema de serviços.

Após o desenvolvimento desse projeto, minha inserção ao CAPS-ad em alguns espaços desse Centro permitiram ter o segundo contato com os possíveis participantes do estudo e conhecer a dinâmica de atendimento nesse Centro, com o objetivo de não intervir no trabalho realizado pela equipe do CAPS-ad com os usuários que fariam parte da pesquisa. Posteriormente, foram realizadas as entrevistas com os usuários e as Assistentes Sociais que realizaram o Gerenciamento de Caso com esses sujeitos.

3.2 Participantes

Na primeira etapa (coleta de dados quantitativos), foram selecionados 150 pacientes usuários de *crack* em início de tratamento no Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad) de uma cidade-satélite do DF que cumpriram os critérios de inclusão dos quais, 20 recusaram o

convite e 130 aceitaram participar da pesquisa. Os pacientes que preencheram os critérios e aceitaram participar do estudo.

Como critérios de inclusão, esses participantes deviam possuir as seguintes características:

- a) o *crack* precisava ser o motivo principal da busca pelo tratamento;
- b) encontrar-se vinculado ao Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS-ad numa cidade-satélite do DF).

A concordância em participar deu-se através da autorização dos participantes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do projeto mencionado.

Na segunda etapa (realização de entrevistas semiestruturadas), participaram dois tipos de população:

1. *Usuários*: quatro adultos (três homens e uma mulher), com idades entre 22 e 39 anos. Três deles eram separados e com filhos, e um era solteiro. A mulher encontrava-se grávida do seu segundo filho e morava com seu primeiro filho e seus pais. Dos homens, dois deles moravam com suas famílias (irmãos, mãe) e um morava sozinho. Quanto à escolaridade, dois deles referiram ter ensino fundamental incompleto, um tinha ensino médio incompleto e o outro tinha ensino médio completo. Três deles não trabalham e um trabalhava informalmente. Todos os usuários residiam no Distrito Federal. Quanto à história de uso de drogas, três deles começaram com uso do álcool e maconha entre os 12 e 15 anos de idade e um começou com uso de maconha aos 12 anos de idade; posteriormente, os quatro usaram cocaína e por último, o *crack*.

Como critérios de inclusão, esses participantes deviam possuir as seguintes características:

- a) ser consumidor de *crack*;
- b) encontrar-se vinculado ao Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS-ad numa cidade-satélite do DF);
- c) ter participado do projeto “Avaliação, gerenciamento de caso e seguimento de usuários de crack que se encontram em tratamento em seis estados brasileiros”;
- d) ter iniciado o tratamento oferecido pelo CAPS-ad junto com o Gerenciamento de Caso (GC) oferecido pelo projeto mencionado.

Para preservar a identidade os usuários foram identificados na transcrição das entrevistas e análise dos resultados com a letra U seguida do número cardinal em sequência crescente (U1, U2, U3 e U4).

2. *Profissionais*: dois assistentes sociais do sexo feminino, com idades entre 37 e 59 anos. As duas profissionais encontravam-se vinculadas ao projeto “Avaliação, gerenciamento de caso e seguimento de usuários de crack que se encontram em tratamento em seis estados brasileiros”, que foi desenvolvido no CAPS-ad de uma cidade-satélite do DF. As Assistentes Sociais receberam treinamento prévio em Gerenciamento de Caso, e posteriormente fizeram as intervenções com os usuários que se encontravam vinculados ao CAPS-ad, a partir do modelo de Gerenciamento de Caso.

Para preservar a identidade as profissionais (gerentes de casos) foram identificadas na transcrição das entrevistas e análise dos resultados com a letra G seguida do número cardinal em sequência crescente (G1 e G2).

A concordância em participar do estudo deu-se através da autorização dos participantes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um para os usuários e outro para os profissionais (Anexos C e D respectivamente).

3.3 Instrumentos

A primeira etapa da pesquisa consistiu na aplicação de um pequeno questionário sobre dados sociodemográficos dos usuários de *crack*, assim como o Questionário do Perfil do Consumo de Crack (consta de 27 itens e busca identificar algumas características do perfil do usuário de *crack*), Escala da Gravidade de Consumo de Crack (consiste em uma escala com 35 itens, e busca identificar os comportamentos relacionados ao consumo de *crack* nos últimos 30 dias), e *Cocaine Craving Questionnaire Brief (CCQ-B)* (escala tipo *likert* com 10 itens, e busca avaliar a fissura do usuário de *crack*), que fizeram parte do projeto “Avaliação, gerenciamento de caso e seguimento de usuários de crack que se encontram em tratamento em seis estados brasileiros”.

Esses instrumentos foram aplicados de forma individual e sua aplicação durou em média 180 minutos cada. Cabe ressaltar que a pesquisa mencionada anteriormente foi aproveitada para validar alguns dos instrumentos aplicados, com o objetivo de trazer ferramentas que pudessem oferecer dados específicos sobre o perfil do usuário de *crack*. Os dados foram coletados durante abril 2011 a agosto 2012. Posteriormente, foram processados e analisados por meio do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 17.0.

No segundo momento, o estudo incluiu a aplicação da entrevista semiestruturada, utilizando roteiros de entrevistas, um para os usuários e outro para os profissionais (Anexos E e F respectivamente). O roteiro e a entrevista semiestruturada permitem flexibilidade nas “conversas” e abordar novos temas e questões trazidas espontaneamente pelos participantes. Cabe ressaltar que o roteiro de entrevista é original e elaborado pela autora do estudo, levando em conta os objetivos da pesquisa. As perguntas e a linguagem do roteiro provocaram narrativas das vivências dos entrevistados, assim como a visualização geral de como é desenvolvido o Gerenciamento de Caso nos usuários de *crack* (com base nos depoimentos dos próprios usuários e dos respectivos gerentes de casos), e a compreensão dos significados e as relações construídas ao longo da intervenção por parte dos profissionais e os usuários vinculados ao CAPS-ad de uma cidade-satélite do DF.

A entrevista semiestruturada realizada com os usuários de *crack* teve perguntas abertas relacionadas com as mudanças ou percepções nas áreas de saúde, educação, trabalho, família, social, etc., e os processos de intervenção mediante o Gerenciamento de Caso. A entrevista com os profissionais na saúde (assistentes sociais – gerentes de casos) incluiu perguntas abertas relacionadas com os processos de tratamento mediante o Gerenciamento de Caso. As entrevistas também ajudaram

a aprofundar as significações construídas pelos profissionais e os usuários de *crack* sobre a intervenção mediante o Gerenciamento de Caso, e sobre o tratamento realizado no CAPS-ad.

Os dados foram coletados durante agosto a outubro 2012. Para a coleta desses dados, foi utilizado um gravador digital que permitiu obter um áudio de excelente qualidade, além de um local confortável e privado. Do mesmo modo, um roteiro de questões para orientação das entrevistas e posterior análise foi utilizado. Os dados foram analisados após gravação do áudio, utilizando formatos padrão de áudio disponíveis nos computadores, como o VLC Media Player.

3.4 Procedimentos de coleta e análise de dados

Tendo em vista que os usuários de *crack* são uma população de difícil acesso, os usuários que participaram do estudo na realização das entrevistas foram selecionados com o apoio do CAPS-ad de uma cidade-satélite do DF e das duas assistentes sociais (gerentes de casos) que faziam parte do projeto anteriormente mencionado, já que essas profissionais realizaram o atendimento aos usuários por meio do Gerenciamento de Caso e tinham um relacionamento direto com esses sujeitos. Da mesma maneira, foi realizada a entrevista com as duas assistentes sociais (gerentes de casos).

Após o convite e aceitação por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para participar do estudo, foram agendadas as entrevistas com os usuários e os profissionais (assistentes sociais). As entrevistas foram realizadas de maneira individual e duraram em média 60 minutos cada e foram realizadas no CAPS-ad nos dias que eles tinham atendimento nesse Centro, antes ou depois da terapia programada pelo CAPS-ad. As entrevistas com as Assistentes Sociais foram realizadas no CAPS-ad nos horários em que elas não tinham atendimento com os pacientes que faziam parte do Gerenciamento de Caso.

As entrevistas realizadas com os usuários e os profissionais dirigiam-se à identificação de diferentes aspectos envolvidos no processo do Gerenciamento de Caso. Algumas dessas dimensões referem-se a aspectos emocionais, envolvimento no processo, significações, experiências, e conhecimento do processo realizado a partir do Gerenciamento de Caso.

A análise de dados foi igualmente feita durante dois momentos: no primeiro momento foi feita a análise descritiva quantitativa dos dados obtidos a partir de alguns instrumentos utilizados no projeto “Avaliação, gerenciamento de caso e seguimento de usuários de *crack* que se encontram em tratamento em seis estados brasileiros”. Essa análise estatística descritiva permitiu conhecer de maneira geral aspectos sociodemográficos e da história de uso de *crack* dos usuários participantes da pesquisa, ajudando na compreensão do fenômeno a ser estudado. No segundo momento, foi realizada a análise de dados a partir das entrevistas semiestruturadas com os profissionais (gerentes de casos) e de alguns dos usuários que participaram do projeto citado anteriormente, a partir de uma análise de conteúdo.

Primeiro nível de análise:

Realizou-se uma análise estatística descritiva de alguns dados obtidos por meio de questionários aplicados aos 130 usuários de *crack* do DF que participaram da pesquisa “Avaliação, gerenciamento de caso e seguimento de usuários de crack que se encontram em tratamento em seis estados brasileiros”. Essas informações permitiram fazer uma descrição do perfil do usuário de *crack* que recebe tratamento num CAPS-ad do DF, ajudando na contextualização do fenômeno a ser estudado na pesquisa. A descrição do perfil incluiu: idade, sexo, etnia, nível de escolaridade, estado civil, história de uso da droga, etc. dos participantes (usuários de *crack*).

Segundo nível de análise:

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin (2009), por se considerar a mais indicada para analisar as falas, significações, emoções, relações e vivências dos participantes. A análise de conteúdo descreve o conteúdo e significados das mensagens por meio de procedimentos sistemáticos, com a intenção de interpretar e inferir o que está sendo comunicado. Essa análise realiza-se a partir de três momentos: “a pré-análise (operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais), a exploração do material (codificação, decomposição ou enumeração) e o tratamento dos resultados (inferência e interpretação)” (Bardin, 2009, p. 121).

Para a análise dos dados, foram definidas categorias que serviram como indicadores de medida do fenômeno sob foco. Um fenômeno pode ser, por exemplo, o Gerenciamento de Caso no tratamento dos usuários de *crack* que se encontram vinculados ao CAPS-ad. Cabe ressaltar que a análise de conteúdo tem como objetivo “atingir através de significantes ou significados, outros significados de natureza, psicológica, social, histórica, política, etc.” (Bardin, 2009, p. 41).

A análise dos dados obtidos nas entrevistas serviram para conhecer as percepções e analisar as intervenções por meio do modelo de Gerenciamento de Caso com o propósito de contribuir no tratamento dos usuários de *crack* do CAPS-ad do DF e na qualificação dos profissionais da área da saúde. Desse modo, realizou-se a análise de conteúdo, e, para isso, as entrevistas foram transcritas na íntegra. Realizou-se, como primeira etapa, uma leitura geral das transcrições, e na segunda etapa foi feita uma leitura mais detalhada dos relatos dos participantes, o que permitiu a definição das categorias e a análise dos conteúdos das entrevistas. Trechos de relatos dos participantes foram selecionados para exemplificar as categorias, o que será descrito no capítulo de Resultados e Discussão.

3.5 Considerações Éticas

Os aspectos éticos são considerados inerentes a toda pesquisa que abrange pessoas, e especialmente aqueles que abordam questões pessoais ricas em informações mais detalhadas sobre algumas áreas da vida das pessoas. Atendendo rigorosamente aos princípios bioéticos e à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a participação nesse estudo e no projeto interinstitucional “Avaliação, gerenciamento de caso e seguimento de usuários de crack que se encontram em tratamento em seis estados brasileiros” foi voluntária, as pessoas foram convidadas e as que decidiram participar firmaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Os usuários de *crack* participantes do estudo estiveram frente a situações pessoais e íntimas ao falarem aberta e livremente acerca de aspectos das suas vidas cotidianas, mudanças positivas e/ou negativas nas áreas pessoal, familiar, social, a partir da implementação da intervenção do Gerenciamento de Caso e o tratamento no CAPS-ad. Do mesmo modo, os profissionais em saúde (gerentes de casos) falaram das suas percepções sobre a implementação do modelo de Gerenciamento de Caso em usuários de *crack*, bem como as relações construídas ao longo da intervenção.

Trata-se de uma pesquisa cujo fim é contribuir tanto com a intervenção dos profissionais responsáveis quanto com o tratamento dos usuários de *crack* vinculados ao CAPS-ad, a partir da análise da intervenção mediante o Gerenciamento de Caso.

A pesquisadora teve a responsabilidade de aprofundar nos aspectos gerais e específicos (significados e significações) apresentadas nas respostas dadas pelos participantes tendo como base o roteiro da entrevista semiestruturada. Da mesma maneira, a pesquisadora observou cuidadosamente as formas de agir, as emoções e significações apresentadas durante a entrevista.

Durante todas as entrevistas, não se observou nenhuma situação que merecesse o seu cancelamento ou em que algum dos participantes precisasse de suporte e intervenção profissional por ameaça emocional ou constrangimento, que pudesse gerar consequências psicológicas nos participantes. Nenhum dos participantes expressou algum tipo de desconforto ou evocação emocional por causa da entrevista. Do mesmo modo, a pesquisa levou em conta as considerações apresentadas no TCLE, e os critérios de preservação do sigilo das informações, bem como o cuidado das condições físicas e psicológicas dos participantes. Também é importante ressaltar que os dados obtidos da pesquisa não divulgarão as identidades dos participantes, nem dos parceiros, nem dos familiares.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, atendendo a Resolução 196/96 do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos (Anexo G).

Igualmente, o projeto “Avaliação, gerenciamento de caso e seguimento de usuários de crack que se encontram em tratamento em seis estados brasileiros”, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, atendendo especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde (Anexo H).

Capítulo IV – Resultados e Discussão

4.1 Primeiro nível de análise

A seguir, serão apresentados e analisados os resultados quantitativos obtidos por meio do Questionário sobre os Dados Sociodemográficos (sobre sexo, idade, estado civil, etnia, escolaridade e forma de encaminhamento ao CAPS-ad); do Questionário do Perfil do Consumo de Crack (com 27 itens para identificar características do perfil do usuário); Escala da Gravidade de Consumo de Crack (com 35 itens para identificar os comportamentos relacionados ao consumo nos últimos 30 dias); e *Cocaine Craving Questinnnaire Brief* - CCQ-B (escala tipo *likert* com 10 itens para avaliar a fissura).

Em relação aos dados sociodemográficos, observou-se: a idade dos participantes variou de 18 a 54 anos (M=33,6 anos), sendo a faixa de 21 a 30 anos a de maior frequência (40,9%), 83,6% são do sexo masculino e 16,4% feminino, 21,5% são negros, 20% brancos, 3,8% orientais, 46,2% mestiços, 3,1% indígena e 2,3% outros, 30,2% são casados ou vivendo como casados, 30,3% divorciados ou separados e 38,8% nunca casaram. Quanto à escolaridade, 38,6% tem ensino fundamental incompleto, 47% ensino médio incompleto, 7,6% ensino superior incompleto e 6,8% nenhum estudo. Nenhum dos participantes referiu estar em situação de rua.

O perfil do usuário de *crack* que procura tratamento em Brasília guarda semelhanças com o de pesquisas feitas no Brasil (Balbinot et al., 2011; Dias, Araújo, Laranjeira, 2011; Duilibi, Ribeiro, Laranjeira, 2008; Guimarães et al., 2008; Horta et al., 2011; Oliveira & Nappo, 2008), embora o estado conjugal se contraponha a estudos em que houve predomínio de indivíduos solteiros (Balbinot et al., 2011; Horta et al., 2011; Oliveira & Nappo, 2008).

A idade de início do uso do *crack* variou entre 25 e 40 anos de idade, sendo que, na faixa dos 25 e 30 anos, 26,6% consumiu *crack* pela primeira vez, com idade inferior a 18 anos fizeram o primeiro uso 12,2% e consumiram pela primeira vez depois dos 40 anos 10,6%. Esses dados são corroborados por outros estudos (Guimarães et al., 2008; Horta et al., 2011). Em relação aos motivos que levaram ao uso inicial da droga, estão arrolados na Figura 5.

O consumo de *crack* costuma ocorrer quando estão fora de casa (61,4%), 72,1% relatam que consomem sozinhos e 56,1% com amigos e/ou conhecidos. Para 84,8%, o consumo não ocorre em festas, 88,5% não o fazem quando estão acompanhados de esposo(a) e 72% não o fazem ao lado de parceiro(a) sexual. A maioria (90,9%) afirma que não usa o *crack* no trabalho. Locais escuros são os preferidos para o uso em 63 participantes (47,7%) e o início da noite é quando mais consomem (80,9%), seguido de 64,9% que consomem na madrugada, 34,8% durante a tarde, 26%, pela manhã, e 24,2% no início da tarde. É interessante ver como o uso do *crack* ocorre quando se está só ou com pessoas com quem provavelmente não haja vínculos afetivos. Esse aspecto pode estar relacionado à desconfiança e paranóia que passam a ter depois que começam a usar o *crack* e que foram descritas pela maioria dos participantes.

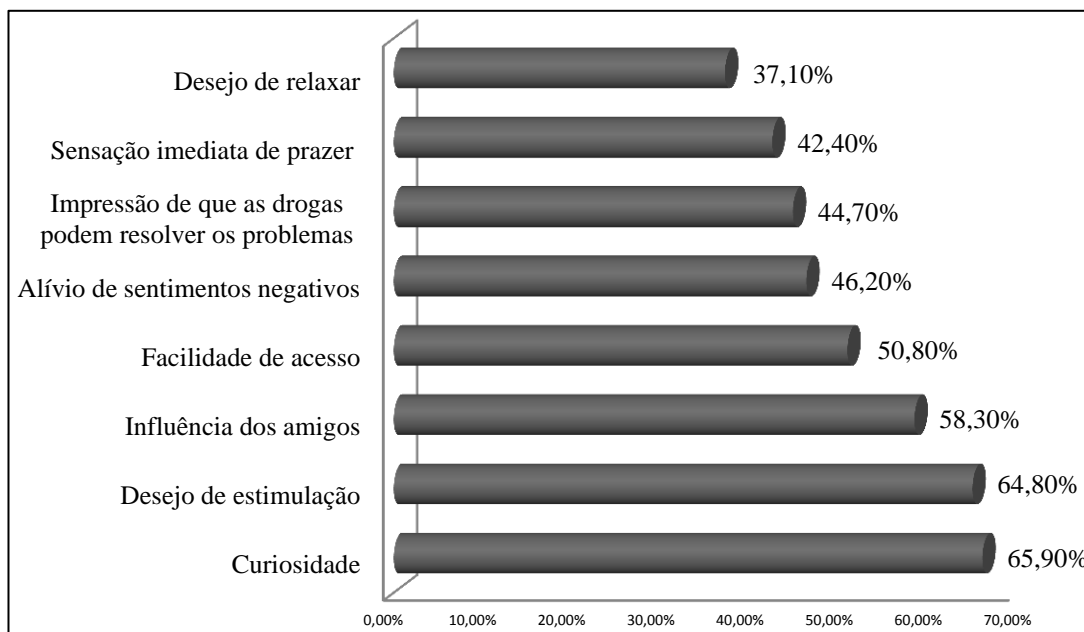


Figura 5. Motivos do consumo inicial de crack

Em relação ao policonsumo, para 65,2% dos participantes é comum usar *crack* com outras drogas. A maconha e o álcool são as drogas mais utilizadas seguidas da combinação de cocaína, maconha e álcool.

Em quanto o tempo de uso de *crack*, estavam usando a droga há menos de cinco anos 62,2%, entre 6 e 9 anos 19,5% e a mais de 10 anos 18,3%. A maioria (90,9%) assinalou que a frequência de uso aumentou desde a primeira vez que fumaram e em 53,8%, a frequência aumentou no primeiro mês de uso. Sobre a intensidade do consumo, 88,6% consideram que ela aumentou e 49,2% relataram que isso aconteceu no primeiro mês de uso. Quanto à quantidade, 43,3% relataram consumir até 10 gramas por semana e 16,9% disseram consumir mais de 30 gramas por semana, 22,8% consomem até 10 pedras por semana e 16,3% mais de 30 pedras por semana. Quanto aos gastos, 45% refere ser diário, 32,1% disse gastar até R\$ 100,00 e 25,8% mais que R\$ 300,00 com o consumo de *crack* por semana.

Ainda, 45% indicam que o consumo é feito todos os dias. Em relação às ocasiões em que se fuma grande quantidade em sessões de várias horas ou dias consecutivos seguindo-se por dias de abstinência, 72,7% relataram que isso acontece, 15,2% dizem ficar usando por até um turno e 25,8% usam nessas ocasiões por mais de 48 horas. Em geral, 45,5% consomem mais que 10 pedras por sessão e 20,5% relatam utilizar até cinco pedras na sessão.

A quantidade e frequência de uso encontram correspondência na literatura que descreve padrões intensificados de consumo e grandes quantidades de droga (Costa et al., 2012; Dias et al., 2011; Guimarães et al., 2008; Horta et al., 2011; Oliveira & Nappo, 2008). O uso de grandes quantidades e de vários dias da semana envolve grandes despesas diárias. A maioria dos participantes têm despesas mensais superiores ao salário mínimo. 81,1% dos participantes descrevem que todo o

dinheiro é gasto para o consumo do *crack*, sendo que 72,7% passaram a vender e/ou trocar seus objetos pessoais, 64,4% foram incapazes de pagar suas contas e 72,7% endividaram-se. Para obter dinheiro para sustentar o uso da droga, 44,7% dos participantes envolveu-se com atividades ilícitas.

Apesar da frequência e intensidade do uso de *crack*, o usuário chega a longos períodos de abstinência, já que 45,8% conseguiram ficar abstinentes até 30 dias, 7,7% conseguiram ficar entre 30 e 60 dias, 10,6% até 90 dias e 1,5% conseguiram ficar abstinentes por até quatro anos. Esse dado diverge da literatura que aponta em média 8,20 dias de abstinência (Balbinot et al., 2011).

Além disso, 46,2% dos participantes expressaram que resistem ao *crack* quando têm oportunidade de usá-lo. Isso significa que quase metade dos participantes estava abstinente quando procurou ajuda no CAPS-ad. Em relação ao tempo de uso de *crack*, 62,2% usa a droga há menos de cinco anos. No entanto, 18,3% usam a mais de 10 anos, ou seja, faz uso crônico da droga. Outro trabalho demonstra semelhança com esse dado, sendo que a duração média de uso foi de oito anos e 10 meses (Dias et al., 2011). Ao contrário do que é dito, o usuário de *crack* pode fazer uso crônico da droga por vários anos, continuar vivo e inclusive buscar ajuda. Neste estudo, a maioria dos participantes (81,4%) chegaram ao CAPS-ad por si próprios ou levados por um familiar, 3,8% por uma instituição para tratamento de substâncias psicoativas, 3,1% por uma instituição de saúde e 10,1% por sistema penal ou juiz.

A maioria dos participantes afirmou que o uso contínuo da droga fez com que eles perdessem o interesse e prazer pelo cotidiano, e concluíram que o uso da droga não é um auxílio para enfrentar as dificuldades. Quando os participantes descobrem que o uso do *crack* não ajuda no enfrentamento dos problemas, sentem culpa, tristeza e vergonha por continuar usando a droga. Entretanto, a culpa, tristeza e vergonha, levam o sujeito a continuar usando a droga como forma de “aliviar” ou “suavizar” esses sentimentos.

A respeito das formas de administração, a maioria (59,1%) usa a lata para o uso da droga, 53,8% usa o pitico de cigarro comum, 46,2% cigarro de maconha, 45,5% pitico de alumínio, porém, 27,3% utilizam o cachimbo de PVC. Esse é um importante dado para se pensar na redução de danos como alternativa para tratamento dessa população, bem como campanhas que ajudem na diminuição de queimaduras nas mãos e os lábios, ou doenças como intoxicação pelo metal aquecido, além de contaminação infecciosa, já que as latas de alumínio muitas vezes são coletadas na rua ou no lixo.

Quanto os efeitos físicos e psicológicos ocasionados pelo uso de *crack*, a maioria tem sentido diminuição da energia (77,3%), perda de peso (90,2%), insônia (83,3%), queimaduras nas mãos e lábios (62,9%), tosse (82,6%), tremores (64,4%), palpitações (62,9%) e vômito (58,3%), assim como ansiedade (85,6%), paranoia (78%), esquecimentos (72,7%), depressão (71,2%), irritabilidade (63,6%), explosões de raiva (55,3%), ataque de pânico (50%), diminuição de interesse sexual (58,3%) e em 55 participantes (41,7%) ocorreu impulso de violência.

Como consequências pessoais, familiares e sociais, 25% tiveram relações sexuais indesejadas, 83,3% tiveram discussões com o cônjuge e/ou família, 69,7% sofreram ameaças de expulsão de casa e 42,4% viveram separação do cônjuge. A maioria (80,7%) respondeu que se isolou do convívio com outras pessoas e que ficaram mais desconfiados, 68,9% disseram ter perdido o interesse em outras pessoas, 48,5% apontaram ter se tornado mais agressivos e 31,1% tentaram suicídio. Em 68,9% dos casos, o consumo de *crack* resultou em faltas na escola e/ou trabalho e 71,2% tiveram atrasos. Para 38 participantes (28,8%), o consumo acarretou diminuição do rendimento escolar e em 64,4% resultou em redução da produtividade no trabalho. Em relação ao envolvimento com a justiça, 22% já foram presos por porte/posse de drogas, 1% por tráfico, 17% por causa das atividades ilícitas relacionadas ao consumo e 12,9% por envolvimento em brigas. Apesar disso, é pouco o percentual de usuários que estão envolvidos com a justiça. Esses dados são coerentes aos encontrados em outros estudos (Balbinot et al., 2011; Duilibi et al., 2008; Oliveira & Nappo, 2008).

A Escala da Gravidade de Consumo de Crack revelou que 46,2% resistem ao *crack* quando têm oportunidade de usá-lo, 67,4% concordaram que acabam recaindo quando tentam deixar o *crack*, 52,3% dizem usar por mais de dois dias sem parar e 50,8% relatam que ficam atordoados até conseguir satisfazer a vontade de usar. Apenas 36,4% dizem sentir uma vontade irresistível de usar somente de falar em *crack*. 65,2% discordam da afirmação de que pensam em usar quase todos os dias e 79,5% também discordam que precisam usar para enfrentar as dificuldades da vida. Para 57,6%, a quantidade consumida nunca é suficiente e 72,7% deles discordam que passam a maior parte do tempo com pessoas que usam *crack* ou em locais em que podem usá-lo.

Na escala Escala CCQ-Brief, 45,5% concordaram desejar tanto fumar que poderiam sentir o gosto (destes, 9,8% concordaram totalmente) e 54,5% relataram não ter esse desejo pelo *crack* no momento da entrevista. Para 53% existe um desejo muito forte pelo *crack* (12,1% concordaram totalmente com isso), enquanto 47% relatam não ter desejo forte, discordando totalmente da afirmativa.

Dos entrevistados, 11,4% iriam fumar *crack* assim que pudessem e 59,1% discordam da possibilidade de fumar assim que pudessem. A crença de que podem resistir ao *crack* é possível para 72,7% (59,1% afirmam concordar totalmente com essa possibilidade e 17,4% não acreditam poder resistir). Em relação à fissura, 72,7% relatam não estar com fissura pelo *crack*, 14,4% afirmam ter fissura (destes, 7,6% concordam totalmente com tal afirmativa). Quase todos (83,3%) não queriam fumar no momento da entrevista e apenas 9,1% relataram querer. Naquele momento, 56,8% relataram não sentir desejo pelo *crack*, enquanto 25% disseram possuir esse desejo. 78% discordaram totalmente que fumar naquele momento fariam as coisas parecerem mais perfeitas e para 6,8% o uso da droga tornaria as coisas mais perfeitas. 68,8% relataram que não iriam fumar assim que tivessem chance e 12,1% afirmam que iriam consumi-lo assim que pudessem. Quase todos (91,7%) consideram que existem coisas melhores do que fumar *crack*, sendo que 81,1% concordam totalmente com isso.

É importante ressaltar que a maioria dos participantes percebe os graves problemas que o *crack* lhes causou. Esse dado corrobora-se com o encontrado em outro estudo que diz que o 100% dos participantes observa que o *crack* lhes causava problemas (Balbinot et al., 2011).

4.2. Segundo nível de análise

No segundo nível de análise, a análise de conteúdo dos dados permitiu conhecer as percepções, significações, emoções, relações e vivências dos participantes, de forma a conhecer o significado que os usuários e os profissionais atribuem às ações de cuidado, e como essas ações impactam na adesão ao tratamento do usuário de *crack*. Para a análise dos dados, foram definidas três categorias construídas a partir dos temas derivados dos itens que compuseram os roteiros de entrevista para os profissionais e os usuários participantes, nas quais foram organizadas e analisadas as respectivas falas. As categorias propostas foram: experiências sobre o tratamento, construção de vínculos de confiança e expectativas do tratamento.

As entrevistas realizadas com as duas profissionais (gerentes de casos) e os usuários participantes permitiram observar o olhar de cada um deles sobre o trabalho realizado por meio da proposta do Gerenciamento de Caso e identificar aspectos relevantes no processo de tratamento de usuários de *crack*. As profissionais conseguiram explicar claramente a teoria assimilada e os conhecimentos adquiridos sobre GC, obtidos no treinamento recebido para a execução da pesquisa da qual faziam parte, como requisito para realizar a intervenção com os usuários que estavam em tratamento no CAPS-ad. Contudo, as profissionais apresentaram perspectivas diferentes sobre a proposta do GC, o que ajudou a ampliar os diferentes olhares sobre a questão e aportou maior compreensão na análise do fenômeno estudado.

Não se pretende aqui fazer qualquer julgamento sobre as ações ou posturas dos participantes da pesquisa, quer seja dos profissionais ou dos usuários, mas destacar as experiências, vivências e articulações que eles tecem sobre suas crenças, motivações e conhecimento que, por sua vez, refletem e são representativos das características e estilos de abordagem que os profissionais em geral apresentam em suas intervenções com usuários de *crack* – no caso das profissionais – ou como usuários do serviço. Nos casos apresentados, não se pretende, em hipótese alguma, avaliar as atitudes das pessoas, mas sim ilustrar, por meio das ações e falas, as características que estão presentes nas falas dos participantes, levando em consideração as questões afetivas, emocionais, cognitivas e relacionais envolvidas e que têm relação com as formas de organização da relação entre o profissional e o usuário. A seguir são analisadas cada uma das categorias estabelecidas:

A primeira categoria, *experiências sobre o tratamento*, descreve as experiências tanto dos profissionais como dos pacientes sobre o tratamento, e se refere às vivências, emoções e falas dos usuários e profissionais sobre as experiências vividas em tratamentos anteriores e atuais, em relação à dependência de SPA.

A partir das falas produzidas nas entrevistas com os participantes, observa-se que o conhecimento sobre a técnica, abordagem ou intervenção é considerado necessário e é entendido como parte do processo de tratamento a ser realizado com o paciente. Embora o conhecimento seja realmente importante, é fundamental a compreensão e vivência desses conceitos, assim como a humanização, motivação, abertura e implicação no processo de tratamento de cada usuário. As dificuldades para vivenciar e pôr em prática os conhecimentos e as estratégias adquiridos podem gerar sentimentos de desconforto, angústia e insegurança no profissional. Isso não quer dizer que o profissional não seja capaz de encarar o trabalho, mas muitas vezes esses sentimentos podem inibir a espontaneidade do profissional e prejudicar suas ações, gerando dificuldades no momento de estabelecer o vínculo com o usuário e garantir seu engajamento no tratamento. A fala da gerente de casos a seguir, por exemplo, reflete a expectativa de que o usuário abandone de vez as drogas. A não consideração da recaída como parte do processo de tratamento gera frustração e sensação de fracasso, que por sua vez pode refletir em seu vínculo com o usuário.

Do mesmo modo, observa-se que, talvez a expectativa do resultado por parte do profissional seja fruto de práticas de intervenção fundamentadas na valorização de resultados e não de processos como sugere Fonseca, Alves & Lemos (2011), quando descrevem que o GC valoriza a continuidade do tratamento e utilização de recursos disponíveis, sendo uma estratégia que “lida com a natureza crônica, multifacetada e passível de crises (recaídas) e fases de recuperação” (p. 275).

Às vezes você considera que ele esta indo muito bem, ai de repente ele recai né? (G1)

Fico muito angustiada com o... com o processo em si né? Porque assim, muitos casos a gente atende e às vezes a gente quer sempre ter êxito naquilo que a gente faz. (G1)

As falas das gerentes de casos apontam para a importância das competências profissionais, seu conhecimento e suas capacidades de manejo, como aspectos fundamentais para o desenvolvimento do tratamento do usuário. Em contrapartida, nas falas dos usuários participantes, o que eles mais destacam é o acolhimento, dando pouca ou nenhuma importância ao conhecimento técnico ou à experiência prévia do profissional. A literatura entende o acolhimento como a humanização do atendimento, acessibilidade ao serviço e aos profissionais, escuta, atitude profissional (Franco, Bueno, & Merhy citados por Gomes & Pinheiro, 2005; Solla, 2005), respeito, interesse no outro e forma de enxergar e abordar o usuário.

Durante o atendimento de Gerenciamento de Casos né? A gente foi desenvolvendo através da técnica entrevista motivacional uma motivação maior pra que esse paciente pudesse estar participando desse gerenciamento e também buscando um... um resgate de sua autoestima né? Pra poder ele se fortalecer neste momento. (G1)

É aquele relacionamento de amizade entendeu? Não mais de amizade, eu falo assim, dar mais aquele apoio entendeu? Aquela confiança. (U1)

Compartilhei com ela algumas vitórias em relação a desafios e isso é muito importante, isso é muito válido. (U3)

A experiência e a vivência dos conceitos desenvolvidos permitem que o profissional utilize outros recursos ou ferramentas para o trabalho com os pacientes, gerando níveis de intervenções mais aprofundados. Do mesmo modo, a compreensão, o respeito à individualidade, à livre expressão e escolha e o reconhecimento da verdade de cada um favorece um maior comprometimento e engajamento do usuário no processo de tratamento, assim como a possibilidade de sua inserção social em contextos diversos (Sudbrack, 2003). Por outro lado, as ideias preconceituosas que o profissional tem sobre o usuário de drogas (como alguém descompromissado, relapso, interesseiro) interferem na forma como ele se relaciona com o paciente, dificultando o vínculo terapêutico e o engajamento no tratamento.

Eles vacilam muito né? Então às vezes eles têm o desejo de vir, às vezes é só em momento de angústia mesmo que eles vêm, então eles têm essa dificuldade de ta tendo esse compromisso, de ta vindo sempre aos encontros. (G1)

Ele tinha dificuldade, tinha as recaídas instantâneas, então isso dificultou alguns procedimentos. (G1)

As restrições, hesitações e ambivalências emocionais do profissional em se apropriar e pôr em prática os conceitos aprendidos também podem estar relacionadas à pouca credibilidade (descrédito sobre o funcionamento do sistema) que ele possui sobre os serviços de saúde. Às vezes, o profissional tenta apenas cumprir suas obrigações sem a certeza de que não haverá uma continuidade ou acompanhamento do caso, gerando contradições e hesitações no seu trabalho. Essa incerteza pode acarretar um vazio de sentido sobre o trabalho realizado, bem como insatisfação, frustração e *burnout*, tão frequentes entre os profissionais de saúde.

Acaba o Gerenciamento e você não está podendo fazer mais nada, se sente né? E aí fazer, porque o gerenciamento é uma coisa que tava tendo acompanhamento. Essas coisas ficam pendentes porque o pessoal aqui no CAPS, eles não conseguem acompanhar porque o paciente não vem né? (G1)

O fechamento de Gerenciamento de Casos foi um momento de... de um ritual de uma passagem. Passar esse caso para o técnico de referência dentro do CAPS para que ele possa dar continuidade àquilo que você começou. (G1)

O que pretendíamos fazer era o encaminhamento desse... desse paciente pra um profissional de... de referência, mas como eles não tinham vínculo com os profissionais do CAPS, isso se tornou inviável. (G2)

Nas falas dos participantes, observa-se que os vínculos frágeis entre o profissional e o paciente geram dificuldades no trabalho individualizado, assim como dificulta a adesão, a reabilitação e a reinserção do usuário, o que provavelmente compromete o trabalho em rede que pudesse atender as diferentes necessidades de cada usuário. Do mesmo modo, evidenciam-se nessas falas que o tratamento individualizado, considerado como o atendimento personalizado, de acompanhamento e apoio, que prioriza os interesses e necessidades do usuário, facilita a avaliação das necessidades particulares do sujeito, permitindo que o paciente faça uma autoavaliação e reestruturação de aspectos

da sua vida. Além das abordagens ou técnicas utilizadas no tratamento para usuários de drogas, o acolhimento, a maneira de abordar o paciente, a escuta e o vínculo estabelecido entre o profissional e o paciente interferem diretamente no usuário, na forma de se enxergar e de trabalhar suas dificuldades (Solla, 2005).

Eu particularmente permitia que o paciente busca-se, que ele conduzisse isso da forma que mais confortável fosse pra ele, respeitando o seu... o seu nível de... de intelectual, de capacidade cognitiva. (G2)

Ela tem feito, me ajudado a criar algumas estratégias pra que não haja uma recaída e até mesmo de... de explanar e aprofundar o que... que é esse processo, o que... que abalou na minha vida social, o que... que eu preciso reestruturar, isso foi uma coisa que eu achei importante. (U3)

Esses aspectos provavelmente ajudam o sujeito na reorganização mental, no autoconhecimento sobre suas dificuldades e capacidades, na reestruturação na forma como percebe os conflitos nas diferentes áreas da sua vida, graças ao vínculo afetivo estabelecido com o profissional. Essa organização mental e clareza, que podem ser obtidas pelo paciente durante o processo de tratamento do Gerenciamento de Caso, parecem ajudar o sujeito a se sentir protegido e autoconfiante, aspectos que comumente observam-se comprometidos nos usuários de drogas. Esses aspectos podem auxiliar o paciente na continuidade do trabalho de suas dificuldades, gerando um avanço no seu processo de tratamento.

Eu acho que existe essa carência de um olhar e de uma escuta individualizada que o CAPS não tem condições de dar, por isso a dificuldade deles de se manterem adeptos ao tratamento, dessa vinculação ser tão frágil. (G2)

Resultado positivo que eu percebi nesse trabalho foi a... a vinculação do paciente ao trabalho de Gerenciamento de Caso. Fazer com que o paciente realmente fizesse um... uma caminhada de encontro com aquilo que de fato ele queria, ele esperava da vida e de encontro com as suas possibilidades reais. (G2)

O Gerenciamento de Caso me... me deu a oportunidade entendeu? Abriu várias portas assim, por exemplo, assim, de coisas como... como pensava dessa forma dessa maneira. Ajuda até a rever assim, por exemplo, assim, tipo ter uma reforma útil, fazer uma reforma. (U1)

Eu acredito ser a forma assim entendeu? A forma de... a forma de abordar, a forma das perguntas, a forma de expor as coisas assim, tem algumas diferenças entendeu? Às vezes pode ter o mesmo sentido, mas a forma da abordagem é diferente. (U1)

Ela me ajudou muito a trazer a luz aqui em mi, eu tava muito no escuro, me ajudou a traçar metas, me ajudou a fazer planos, me ajudou a me enxergar de novo. (U4)

Durante o processo de tratamento desses usuários, o Gerenciamento de Caso utilizou a entrevista motivacional como uma estratégia empática, apoiadora e encorajadora, buscando criar uma atmosfera positiva durante o tratamento, que conduzisse à mudança, a partir da motivação intrínseca do paciente (Miller & Rollnick, 2001).

Eu busquei a abordagem da entrevista motivacional. Dentro desta abordagem nós buscamos investigar os recursos, as preferências, as dificuldades de cada paciente e trabalhar cada uma delas de forma bem personalizada. (G2)

Igualmente, a maioria dos usuários entrevistados identificou as diferenças entre o trabalho feito no Gerenciamento de Caso e as experiências sobre tratamentos anteriores. Alguns dos usuários participantes descrevem as experiências de tratamentos anteriores como um trabalho impessoal, genérico, que obstaculiza a adesão do paciente ao tratamento e ao trabalho das dificuldades que fomentem a reestruturação da sua identidade (comportamentos, crenças, sentimentos). Identidade que foi construída e influenciada por uma sociedade excludente e cheia de preconceitos sobre o usuário de drogas. No entanto, as intervenções realizadas por meio do GC buscam melhorar a qualidade de vida do paciente, a partir do engajamento, motivação e permanência do sujeito no tratamento, sem esquecer as necessidades e interesses do indivíduo (Duailibi et al., 2012).

Sendo assim, o GC propõe um trabalho personalizado cujo objetivo é valorizar e compreender as particularidades, prioridades, dificuldades, causas e consequências de cada situação ou problemática que interfere nas diferentes áreas de desenvolvimento do sujeito. Esses aspectos auxiliam o usuário a se sentir acolhido, apoiado e respeitado, assim como aportando na reestruturação de seus comportamentos, crenças e sentimentos gerando, desta maneira, a motivação e adesão ao tratamento, reabilitação e reinserção social.

Dessa forma, pode-se observar diferença entre a proposta de tratamento por meio do Gerenciamento de Caso e outros tratamentos que são comumente realizados com usuários de drogas. No GC, os usuários participantes adquiriram confiança e segurança por meio da escuta e do vínculo estabelecido entre eles e o profissional, permitindo que os usuários vivenciassem e se apropriassem do trabalho desenvolvido durante o processo de tratamento. Nas experiências dos usuários em outros tratamentos, pode-se observar que o trabalho coletivo, de cunho mais educativo, tem por meta que o sujeito aprenda conceitos e teorias relacionados ao uso de drogas, mas esse trabalho impessoal não promove a vivência e o comprometimento no seu processo de tratamento, assim como a criação de um relacionamento de confiança, já que o usuário é visto como mais um a ser atendido, dificultando ao profissional a identificação das particularidades do usuário.

O CAPS é um... é um acompanhamento né? De caso muito genérico... As pessoas chegam com casos muito graves aqui e eles colocam todo mundo junto com casos graves, com casos moderados, e faz um trabalho de... de utilizar medicação, de fazer algumas terapias, de fazer uns exames pra saber como é que ta, que é um auxílio né? Que é um suporte, é uma... uma ajuda pra esse pessoal, mas que eu vejo que precisa muito maior capacitação e envolvimento do órgão em si pra ter efeitos, pra que não haja tantas recaídas, pra que não haja tanta evasão. (U3)

As abordagens grupais podem ser muito eficazes mas exigem, do profissional, perícia em seu manejo, o que demanda uma formação, capacitação e treinamento de habilidades para o uso de ferramentas que proporcionem o trabalho das problemáticas dos usuários que participam desse tipo de

abordagem. Por outro lado, quando essa ferramenta é utilizada por profissionais que desconhecem o potencial terapêutico do grupo e que têm dificuldades em aproveitar as riquezas coletivas, essa ferramenta acaba sendo desmotivadora e uma das possíveis responsáveis pela pouca adesão e reabilitação.

A pesquisa, já se demonstrou do primeiro contato totalmente oposto ao pessoal do CAPS, é um trabalho muito mais pessoal né? Teve uma assistente social que me recebeu. Ela tem feito, me ajudado a criar algumas estratégias pra que não haja uma recaída e até mesmo de... de explicar e aprofundar o que... que é esse processo, o que... que abalou na minha vida social, o que... que eu preciso reestruturar. (U3)

É um completando o outro, é um complemento entendeu? É onde eu tiro a confiança onde eu me sinto seguro é justamente no gerenciamento, lá eu trago algum aprendizado alguma receita e aqui eu me fortifico. (U4)

O GC é uma forma diferente apenas de tar lidando com isso, mas assim, os métodos são quase muito parecidos... quando o paciente ta participando das terapias ele é trabalhado dentro a motivação dele, as potencialidades né? Lógico que não com tanta, eu acredito que a diferencia ta mais no individualizado, nessa escuta, nesse acolhimento, e que ele se sente mais acolhido, ele se acha mais cuidado né? É uma coisa de sentir mais cuidado. (G1)

Alguns dos usuários entrevistados identificam e vivenciam os avanços pessoais a partir de metas viáveis que fazem com que ele se sinta capaz de realizar ou cumprir com os acordos estabelecidos na terapia, sem a necessidade de se encontrar abstinente. Nas falas de alguns deles, reponta a importância da redução de danos como uma alternativa de tratamento, ensinando ao usuário a importância do controle e autocuidado com relação ao uso da droga, desenvolvendo o sentido de responsabilidade sobre si mesmo e sobre a sociedade, por meio do seu protagonismo e autonomia no processo de melhora da qualidade de vida (Cruz, 2011). É importante que a proposta da RD seja interiorizada tanto pelo paciente como pelo profissional, para que possa ser usada como uma ferramenta no tratamento dessa população.

Depois que eu voltei para o CAPS, que eu apareci no CAPS, a vida melhorou um pouco, não foi cem por cento não, não abandonei o vício, mas eu tenho diminuído muito drasticamente e conseguindo o que eu não fazia há mais de três anos, é manter minha abstenção por cinco, sete dias, até nove dias eu consegui. (U4)

Foi um processo forte porque tava muita coisa envolvida né? Um lado um processo terapêutico meu de parar de usar e tar utilizando também, experimentando uma religião que utiliza de certa forma uma substância que é chamada de ayahuasca. No geral, levam a um processo de desintoxicação e esse processo pra mim foi muito útil né? Tanto o processo de desintoxicação como uma expansão de um autoconhecimento também, de uma busca de autoconhecimento muito forte e fiquei um tempo nessa religião e por alguns motivos eu deixei a religião e voltei a usar drogas. (U3)

A partir da análise realizada na primeira categoria, evidencia-se, no tratamento com usuários de crack, a importância da escuta, do acompanhamento personalizado, da motivação para o tratamento, da mútua colaboração e do vínculo estabelecido entre o profissional e o paciente para uma maior adesão ao tratamento, abrangência das múltiplas necessidades do usuário, a sua reabilitação e

reinserção social (Falcone, 2013; Miller & Rollnick, 2001; Padin, 2012). Para obter esses espaços de escuta, respeito e confiança, precisa-se de profissionais que, além do conhecimento, das teorias, conceitos, ou treinamento numa determinada técnica ou abordagem, tenham habilidade e competência para a escuta e o estabelecimento de vínculos de confiança, assim como a capacidade de enxergar o paciente como um indivíduo com capacidades, permitindo provavelmente maior adesão no tratamento, o que se configura como um dos maiores desafios junto a essa população. Portanto, não é só o fato de ter uma grande experiência, e sim de ter uma postura e uma visão mais humanista, mais libertária e menos determinista. A postura técnica e reducionista está presente em muitos profissionais da rede pública, interferindo provavelmente no processo terapêutico do usuário (motivação, adesão, reabilitação e reinserção).

Os modelos ou programas de tratamento para usuários de SPA, independente de sua abordagem, devem ter como objetivo o retorno do indivíduo a um funcionamento produtivo nas diferentes áreas da sua vida (afetiva, familiar, de trabalho, entre outras). Para obter o retorno ou fortalecimento de alguns aspectos da vida do usuário, precisa-se principalmente que o indivíduo logre autoavaliar-se, identificando suas dificuldades e potencialidades, e isso se alcança por meio de espaços de confiança, escuta e trocas, em que o profissional acredita no que ele faz e na possibilidade de mudança do paciente. Lograr que o usuário se autoanalise não é uma tarefa fácil, nem de pouco tempo, precisa-se de vínculos de confiança que também garantam a adesão ao tratamento por parte do paciente.

Além das dificuldades para estabelecer um vínculo terapêutico, as dificuldades que tem o profissional para vivenciar os conceitos estabelecidos e humanizar as práticas de saúde podem interferir no usuário, na sua motivação e adesão ao tratamento (Gomes & Pinheiro, 2005). No entanto, a experiência e a vivência dos conceitos desenvolvidos permitem que o profissional utilize outros recursos ou ferramentas para o trabalho com os pacientes, gerando maior probabilidade no engajamento dos usuários ao tratamento e avanço no trabalho de suas dificuldades. A pouca experiência, vivência e o pouco aprofundamento nos conceitos básicos relacionados ao uso de drogas podem gerar angústia e insegurança no profissional, interferindo na motivação e adesão do usuário ao processo de reabilitação.

A segunda categoria, *construção de vínculos de confiança*, faz referência às relações constituídas entre o paciente e o profissional, e se refere às emoções, falas, conceitos e posicionamentos sobre a relação estabelecida entre o paciente e o profissional.

Nas entrevistas com os participantes do estudo, consegue-se identificar a importância da intervenção e do acompanhamento individual e personalizado na construção do vínculo de confiança entre o profissional e o paciente, o que proporciona, segundo os profissionais participantes, a permanência do usuário no seu processo de tratamento. A aderência do usuário está relacionada à credibilidade que ele possui sobre o profissional quando, ao longo do relacionamento, o profissional

consegue enxergar as características particulares do sujeito, ter o cuidado de se importar com o indivíduo e seu entorno, e considerar o usuário de drogas semelhante às outras pessoas (com dificuldades, responsabilidades e capacidades). Do mesmo modo, esse vínculo de confiança se dá quando o profissional acredita nas capacidades e no processo de tratamento do usuário, assim como quando o usuário acredita nas capacidades de escuta e cuidado que o profissional possui. Esses aspectos devem permear o trabalho em equipe (profissional – paciente) de forma a permitir a reciprocidade como parte importante na construção do vínculo. Segundo a literatura, o vínculo é a “capacidade para formar toda ligação profunda e intensa com uma pessoa” (Marques & Arruda, 2007. p. 117), um relacionamento próximo que gera confiança entre o terapeuta e o paciente.

Sendo assim, as trocas, a liberdade que o indivíduo tem dentro da terapia, a capacidade de dar e receber e não ser julgado, simplesmente ser escutado e respeitado, possibilita a criação de vínculos de confiança entre o profissional e o paciente, promovendo a aderência e comprometimento com o tratamento, assim como o avanço no trabalho das suas dificuldades (Leukefeld et al., 2000; Miller & Rollnick, 2001; *National Institute of Drug Abuse*, 2012). A reciprocidade e os espaços criados para compartilhar fazem com que o usuário se sinta importante para alguém, percebendo-se parte de uma sociedade e o levando a se considerar capaz de mudar para melhorar sua qualidade de vida.

Resultado positivo que eu percebi nesse trabalho foi a... a vinculação do paciente ao trabalho de gerenciamento de caso. (G2)

Quando você vai desenvolvendo o trabalho com ele, ele vai te vendo mais como a referência né? E assim ele vai... ele vai acreditando mais naquele trabalho que ta sendo desenvolvido, eu acho que tem mais credibilidade em relação a isso entre ele e o... e o gerente. (G1)

Eles descobrem que são capazes de retomar a caminhada neste mundo onde todos os outros, todas as outras pessoas fazem essas coisas, eles descobrem que também podem fazer, eles ganham esse empoderamento, eles se empoderam de suas vidas. (G2)

A gente construiu isso junto e com uma grande meta final assim conclusiva e eu tenho bem claro sobre o que eu quero fazer, sobre tudo o que a gente construiu junto. (U3)

O trabalho individual que o gerente de casos faz com o paciente ele não é importante simplesmente porque esta ali o gerente de casos, a assistente social no caso e o paciente, ele é importante pelo olhar, o respeito e a importância que o profissional consegue dar a esse paciente, porque o paciente ele percebe isso, ele percebe a importância que ele tem dentro daquele trabalho, ele pode-se sentir emponderado ou ele pode-se sentir usado. (G2)

A percepção do usuário sobre o afeto, respeito, cuidado e apoio que o profissional tem com ele pode interferir na construção do vínculo terapêutico, na sua adesão e reabilitação. Igualmente, essas percepções e o vínculo estabelecido com o profissional podem incitar o indivíduo a transformar o conceito que tem de si mesmo, levando-o a compreender que ele é uma pessoa com direitos, portadora de valores, capacidades, e que merece ser respeitada. Essa condição faz com que os outros se importem com ele. O simples fato de conseguir estabelecer um vínculo afetivo com o profissional faz com que o usuário melhore sua autoestima por meio da transformação do seu autoconceito.

Ajuda até a rever assim, por exemplo, assim, tipo ter uma reforma útil, fazer uma reforma. (U1)

É uma pessoa que está se importando comigo e propriamente dizendo nem as pessoas da minha família estavam se importando mais comigo e eu achar nestas alturas do campeonato uma pessoa que se doe, capaz, humana, digna de me ajudar, isso pra mim me deixa muito satisfeito, isso pra me é muito importante, isso tem feito muito bem. (U4)

O usuário de drogas percebe a perda de seus direitos e dificuldades no seu autoconceito, podendo ser causa ou consequência da exclusão social. Sente culpa porque é criticado e isso faz com que ele se afaste e não se sinta um cidadão com direitos. Esse afastamento provavelmente é um indicador das dificuldades que o usuário de *crack* tem para procurar tratamento e se manter nele.

Ele já não sabe mais que ele consegue chegar no consultório médico da rede pública ou no consultório dentário ou em uma escola ou numa agência de empregos e... e se sentir um ser humano respeitado com direito de buscar seus direitos, ele não se acha mais capaz, ele tem muita vergonha, ele tem muita, sente muita timidez, sente muita culpa. (G2)

Quando o usuário percebe que aspectos como afeto, respeito, cuidado e apoio estão presentes no relacionamento que ele estabelece com o profissional, isso provavelmente o motiva a continuar com seu processo terapêutico, diminuindo o índice de abandono do tratamento. A motivação, segundo a literatura, é parte indispensável na adesão ao tratamento, assim como o apoio da rede social e o relacionamento estabelecido entre o profissional de saúde e o paciente (*National Institute of Drug Abuse*, 2012).

Eu sinto vontade de falar com ela, eu sinto bem de encontra-la, ela me motivava mais a vir aqui. (U2)

Uma pessoa que pode te ouvir entendeu? Você pode se abrir com ela, pode contar, ela pergunta como ta seu dia, pergunta como você está, por exemplo, uma porta a mais que se abre para você mesmo, uma oportunidade a mais. (U1)

Desse modo, pode-se pensar que o conhecimento de suas dificuldades e potencialidades, não sentir culpa nem se sentir julgado, ajuda o usuário de drogas a avançar no seu processo terapêutico. O papel do profissional, além do afeto, respeito e apoio, precisa ser de encorajamento e promoção de espaços para que o usuário identifique claramente sua realidade (limitações e habilidades). Sendo assim, a proposta de tratamento deve ser o desenvolvimento do sentido de responsabilidade do usuário sobre si mesmo e em relação à sociedade, por meio do seu protagonismo e autonomia no processo de melhora da qualidade de vida. Esses aspectos fazem parte da proposta da redução de danos como possível tratamento para essa população (Cruz, 2011).

Ela me ajudou a ter clareza a ter leveza para saber esperar, para saber suportar e principalmente por não ser qualificado saber que eu vou ter que arrumar um emprego talvez não seja o que eu queria, (...) mas ela sabe que eu sou capaz de poder fazer alguma coisa boa, talvez não seja o que eu queria, mas é o que eu preciso. (U4)

A utilização de diferentes ferramentas por parte do profissional também pode enriquecer o processo de tratamento, permitindo ao usuário confiar no profissional e falar espontaneamente do seu cotidiano. O fato de falar dos acontecimentos da sua vida ajuda o usuário a identificar suas falhas e habilidades, aspectos indispensáveis no processo terapêutico. Sendo assim, o Gerenciamento de Caso preocupa-se pelo engajamento do paciente no seu processo de tratamento. Dessa forma, o GC utilizou a Entrevista Motivacional como uma ferramenta que reconhece as ações do usuário e possibilita ao indivíduo a identificação de seus problemas e potencialidades (Miller & Rollnick, 2001), permitindo que o usuário se aproprie do seu tratamento como possibilidade para melhorar sua qualidade de vida.

O xadrez causava a ele prazer e o fato dele estar nesta relação como quem ensina, na condição, eu chamava de meu professor como quem ensinava, dava a ele bastante liberdade, ele sentia bastante relaxado eram momentos em que a gente falava da vida dele, trocávamos algumas experiências, ele se sentia à vontade para fazer perguntas, para falar das relações dele com a família, com as meninas, dos medos, das angústias. (G2)

É aquele relacionamento de amizade entendeu? Não mais de amizade, eu falo assim, dar mais aquele apoio entendeu? Aquela confiança. Eu acredito que com ela tenho mais facilidade de me abrir de me expor entendeu? (U1)

O vínculo estabelecido entre o profissional e o paciente é um aspecto crucial na adesão e reabilitação do sujeito, mas também é importante que o usuário e o profissional tenham clareza sobre os objetivos e as metas de cada encontro, a fim de avançar no tratamento sem negligenciar a importância da reciprocidade no processo terapêutico. Os espaços de compartilhamento mútuo propiciam o trabalho das dificuldades do sujeito e, ao mesmo tempo, desenvolvem habilidades que possibilitam o fortalecimento dos vínculos de confiança tanto com o profissional como com sua família, amigos, para uma nova inserção na sociedade, a partir do momento em que o indivíduo passa a perceber de forma diferente essa sociedade que o discriminou e julgou.

Existem pessoas e instituições que se preocupam com a gente. (U1)

Eles sempre tinham tarefas de um encontro pra outro e e e pra trazerem prontas, eles também se sentiam no direito de passar tarefas pra a gerente de caso que era muito interessante e... e a gente fazia essa troca. (G2)

Como foi descrito anteriormente, o vínculo de confiança entre o profissional e o paciente se estabelece a partir do atendimento individualizado, como um dos aspectos a serem levados em consideração. Segundo alguns dos participantes, o CAPS-ad não realiza esse trabalho personalizado, talvez por falta de recurso humano e despreparo dos profissionais que trabalham nesse Centro. Esse aspecto parece intervir na motivação, adesão ao tratamento e permanência dos usuários para o desenvolvimento dos seus processos terapêuticos individualizados. De acordo com as normativas, os CAPS-ad devem realizar atendimento individual e coletivo, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias, enfocando a integração do usuário na comunidade e sua inserção familiar e social (Ministério da Saúde, Portaria GM/MS Nº 336/2002).

Dentro do CAPS, eles não têm esse atendimento mais individualizado essas coisas assim e eles sentem falta disso. (G1)

O CAPS é um... é um acompanhamento né? De caso muito genérico, é uma coisa muito no geral. Eu vejo que precisa muito maior capacitação e envolvimento do órgão em si pra ter efeitos, pra que não aja tantas recaídas, pra que não aja tanta evasão. (U3)

De modo geral, evidencia-se a importância de se estabelecer um vínculo afetivo entre o profissional e o usuário, permitindo o engajamento e avanço do indivíduo no processo terapêutico. Esse vínculo está relacionado à confiança que o usuário tem sobre o profissional e vice-versa. Essa confiança ocorre quando o profissional não julga, se entrega ao serviço, abre espaços de compartilhamento, reconhece as habilidades do outro, etc., assim como quando o usuário permanece no tratamento, identifica suas falhas e habilidades e realiza mudanças, objetivando a melhora de sua qualidade de vida.

Esse vínculo de confiança leva o usuário a perceber que alguém se importa com ele, que é reconhecido por suas capacidades, e isso faz com que o usuário se sinta parte da sociedade, criando novas redes sociais que abrem novas oportunidades para continuar melhorando sua qualidade de vida e produtividade. Poder confiar no profissional, criar vínculos de confiança, vínculos afetivos, fazem parte da inclusão social e ainda promovem o fortalecimento das redes sociais. Portanto, no trabalho com essa população, devem ser propostos espaços de encontro que possibilitem a formação de novas redes para o estabelecimento de vínculos afetivos e de apoio, que suportem o processo de reintegração social do sujeito (Mendeiros, 2008). Para tornar viável esse vínculo de confiança entre o profissional e o usuário, o profissional deve ter a capacidade de humanizar a sua atuação técnica e deve ir além dela.

Ela é uma profissional ta aqui pra ajudar, ela tem que ser às vezes neutra na situação, mas ela é uma pessoa que se doa, ela traz exemplos dela pra com o problema que eu vivo, ela traz vitamina de força pra mim, ela me injeta às vezes animo, coisa que eu não tinha condições de estar pedindo para ninguém, ela me consegue dar vontade de fazer as coisas certas. (U4)

Fiz uma amiga e sinto que a cada contato com vocês a gente troca coisas importantes pra minha vida e que ta sendo muito válido. (U3)

O gerenciamento de caso tem me feito junto com a terapia junto com as outras consultas como se fosse um fixador um selante um verniz, é o que vem por cima pra acabar digamos com a facilitação que eu tava dando e é o que vem pra me fortificar. (U4)

Eles precisam dessa orientação para se recolocarem socialmente, familiarmente, profissionalmente, eles muitas vezes precisam disso. (G2)

Cabe ressaltar que o vínculo estabelecido entre o profissional e o usuário e a motivação do sujeito para continuar no seu processo de tratamento estão relacionados à confiança que o usuário estabelece com o profissional, a partir do acolhimento como parte fundamental no tratamento do usuário.

A terceira categoria, *expectativas do tratamento*, descreve as emoções e posicionamentos dos usuários e profissionais participantes sobre o tratamento, e se refere ao que o usuário e o profissional esperam obter sobre o tratamento proposto.

Segundo as falas dos participantes do estudo, o tratamento deve ser personalizado, de acompanhamento, escuta e compartilhamento, implicando maior dedicação e habilidades do profissional para acolher o usuário. Além do acolhimento, o profissional deve ter habilidades que permitam encorajar e enganchar o usuário, ter experiência no trabalho com essa população e com o uso de recursos além dos utilizados numa determinada técnica. Do mesmo modo, como foi descrito anteriormente, o profissional precisa acreditar no usuário, enxergá-lo como um indivíduo com dificuldades, capacidades e responsabilidades.

O acompanhamento, acolhimento e compartilhamento durante o processo de tratamento faz com que o usuário se sinta parte da sociedade, parte de uma nova rede social que considera o sujeito como um cidadão com direitos e deveres. A constituição de novas redes propicia ao usuário seu desenvolvimento e fortalecimento de fatores protetores. Sendo assim, no trabalho com essa população deve-se propor espaços de encontro que possibilitem a formação de novas redes para o estabelecimento de vínculos afetivos e de apoio, que suportem o processo de reintegração social do sujeito (Mendeiros, 2008).

Igualmente, o tratamento deve adaptar-se às necessidades do usuário e, dessa maneira, o plano de tratamento não deve ser um protocolo construído com antecedência e generalizado para todos os usuários. O tratamento para os usuários de SPA deve ser delineado de acordo com as dificuldades apresentadas por cada sujeito, e deve ser prontamente acessível para aproveitar os momentos em que os indivíduos decidem fazer o tratamento (*National Institute of Drug Abuse*, 2012). Dessa forma, a intervenção a partir do GC discorre sobre a importância de fazer um tratamento baseado nas necessidades, autodeterminação e interesses do sujeito a partir das suas potencialidades e recursos, bem como no relacionamento estabelecido entre o profissional e o usuário, que suscita maior comprometimento com o tratamento e avanço no trabalho das suas problemáticas (Leukefeld et al., 2000).

Mais encontros individuais, mais atendimentos olho no olho, tato a tato, frente a frente. (U4)

Gerenciamento de Casos de oito semanas, dois meses né? E que levamos a cabo com relativo sucesso, entretanto se pudéssemos triplicar esse tempo acredito que teríamos um... um resultado bem mais substancial, bem mais palpável. Teríamos tempo de trabalhar essa autoestima do paciente, esse mergulho interno que ele faz, essa convicção de que ele pode, de que ele deve buscar uma... uma vida lá fora, retomar a sua vida com mais consciência e e do seus direitos. (G2)

Dentro do Gerenciamento de Casos poderíamos adotar outros métodos que não a entrevista motivacional, tendo em vista que em alguns casos alguns pacientes pedem uma intervenção mais pontual, uma intervenção mais... mais próxima, mais estrita. (G2)

Alguns recursos a mais, assim né? Recursos para, por exemplo, conseguir visitar o paciente na sua casa, fazer esse acompanhamento mais próximo, conseguir, como eu busquei fazer com um dos meus pacientes, leva-os a conhecer alguns ambientes, eu tive um paciente que gostava de fazer tatuagem então leva-lo ao estúdio de tatuagem pra que ele conhecesse aquilo como aquilo acontecia como era possível que ele se vinculasse a esse tipo de... de profissão. (G2)

Durante as entrevistas, alguns dos participantes, a partir das suas experiências sobre tratamentos, descrevem que esses atendimentos são feitos de forma coletiva, concebidos como tratamentos genéricos e impessoais, causando no usuário uma percepção de exclusão e pouca disponibilidade de tempo por parte do profissional. Essa percepção provavelmente faz com que o usuário perca o interesse e a motivação pelo tratamento, sendo um possível fator para o abandono. Segundo Henskens et al. (2008), os usuários de *crack* que não têm fácil acesso ao sistema de saúde ou que não contam com apoio externo (família, comunidade) costumam apresentar índices baixos de recuperação. Nesses casos, as equipes de saúde devem realizar busca ativa dos usuários, utilizando técnicas focadas na adesão ao tratamento e fornecimento de incentivos.

Pode-se pensar que a adesão ao tratamento e o avanço do usuário no trabalho de suas dificuldades e fortalecimento de suas habilidades não dependem somente do conhecimento técnico que o profissional tem ou de quantos profissionais há na instituição para o atendimento aos usuários de SPA. A adesão ao tratamento depende também das capacidades e habilidades adquiridas pelo profissional para acolher e estabelecer relacionamentos de confiança com o usuário.

Dentro do CAPS, eles não têm esse atendimento mais individualizado, essas coisas assim e eles sentem falta disso. (G1)

O que pretendíamos fazer era o encaminhamento desse desse paciente pra um profissional de... de referência, mas como eles não tinham vínculo com os profissionais do CAPS, isso se tornou inviável. (G2)

O CAPS é um... é um acompanhamento né? De caso muito genérico, é uma coisa muito no geral, as pessoas chegam com casos muito graves aqui e eles colocam todo mundo junto. Eu vejo que precisa muito maior capacitação e envolvimento do órgão em si pra ter efeitos, pra que não ajam tantas recaídas, pra que não aja tanta evasão. (U3)

Do modo geral, o tratamento deve ser multidisciplinar e de longo prazo, já que o uso da droga, principalmente do *crack*, interfere em todas as áreas da vida do indivíduo (Kessler & Pechansky, 2008). Além disso, precisa-se de monitoramento constante das atividades e intervenções desenvolvidas durante o processo de tratamento, a fim de avaliar os avanços e dificuldades que o usuário possa apresentar.

Sendo assim, a proposta do Gerenciamento de Caso se caracteriza por sua flexibilidade, por ser culturalmente moldável e sensível às mudanças do indivíduo na construção e implementação do plano de tratamento que é feito junto ao paciente a partir das suas necessidades, habilidades e interesses. No entanto, o GC não funciona isoladamente; para uma intervenção bem sucedida é necessário o estabelecimento de ligações entre o GC e a rede de serviços (Siegal, 1998), já que o

trabalho em rede cria uma ótica integral do sujeito e suas necessidades. Dessa forma, as gerentes de casos como complemento no mapeamento da rede, utilizaram o mapa mínimo (Anexo B), permitindo a identificação da rede disponível para cada paciente, a avaliação dos recursos disponíveis e os vínculos estabelecidos pelo usuário, que podem suportar ou ajudar no seu processo de tratamento.

Pode-se pensar que o problema não é o tipo de tratamento a ser implementado com essa população, mas a falta de articulação e fortalecimento da rede de saúde existente. Segundo o Ministério da Saúde, a Rede de Atenção à Saúde foi constituída para melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida dos usuários da rede, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde. A partir da estrutura dessa rede, a Política Nacional de Saúde Mental definiu a atenção em saúde mental no SUS para usuários de drogas e suas famílias e foi estabelecida a Rede de Atenção Psicossocial (portaria Nº 3.088/2011), com o objetivo de garantir o atendimento integral a essa população. Esse trabalho em rede produz respostas mais efetivas de tratamento para o usuário e suas famílias no sistema de saúde pública.

Para que o trabalho em rede possa ser efetivo e eficiente, ele precisa da disponibilidade dos recursos, qualidade e acesso aos serviços, integração horizontal e vertical de todas as instituições que fazem parte da rede, níveis de atenção, entre outros. No entanto, a concepção vigente na normativa do SUS ainda é a de um sistema hierárquico, formatado segundo as complexidades relativas de cada nível de atenção (Mendes, 2011). Essa concepção pode trazer dificuldades quando se coloca em prática o trabalho em rede que, por sua estrutura, precisa de uma visão horizontal que permita a comunicação e visualização das entidades que fazem parte da rede.

Do mesmo modo, em muitas ocasiões, as instituições que fazem parte dessa rede trabalham de forma individual, dificultando o atendimento integral desse usuário. Assim, a articulação entre as diferentes unidades ou instituições que fazem parte da rede de saúde e o acolhimento, seria uma proposta necessária para a construção de um modelo de atenção coerente com os princípios e diretrizes das portarias, leis e decretos que ajudaram a construir o processo sobre o cuidado do usuário de SPA. O atendimento do usuário de drogas e sua reinserção social deve ser um processo contínuo e coletivo. Uma síntese sobre os olhares do usuário de *crack* e do profissional (gerente de caso) deste estudo em relação às apreciações sobre o tratamento pode ser encontrada na Tabela 2.

Tabela 2

Sínteses das falas dos participantes sobre a apreciação positiva e negativa do tratamento

	Apreciações Positivas do Tratamento	Apreciações Negativas do Tratamento
Olhar do Usuário	<p>“Olho no Olho” (Atendimento individual)</p> <p>Tratamento personalizado, priorização dos interesses e necessidades do usuário, confiança, acompanhamento e apoio, facilitando a avaliação das necessidades particulares do sujeito.</p> <p><i>Eu acredito ser a forma assim entendeu? A forma de... a forma de abordar, a forma das perguntas, a forma de expor as coisas assim, tem algumas diferenças entendeu? Às vezes pode ter o mesmo sentido, mas a forma da abordagem é diferente. (U1)</i></p> <p><i>Ela tem feito, me ajudado a criar algumas estratégias pra que não haja uma recaída e até mesmo de... de explanar e aprofundar o que... que é esse processo, o que... que abalou na minha vida social, o que... que eu preciso reestruturar, isso foi uma coisa que eu achei importante. (U3)</i></p> <p><i>Mais encontros individuais, mais atendimentos olho no olho, tato a tato, frente a frente. (U4)</i></p> <p>“Fixador – Selante – Verniz” (Acolhimento)</p> <p>Interesse no usuário, espaços de escuta e reflexão do paciente para que possa identificar suas dificuldades e capacidades, permitindo uma organização mental e reestruturação cognitiva.</p> <p><i>Ela me ajudou muito a trazer a luz aqui em mi, eu tava muito no escuro, me ajudou a traçar metas, me ajudou a fazer planos, me ajudou a me enxergar de novo. (U4)</i></p> <p><i>O gerenciamento de caso tem me feito junto com a terapia junto com as outras consultas como se fosse um fixador um selante um verniz, é o que vem por cima pra acabar digamos com a facilitação que eu tava dando e é o que vem pra me fortificar. (U4)</i></p>	<p>“Receita” (Atendimento coletivo)</p> <p>Tratamento genérico, impessoal, um a mais, pouca disponibilidade, ninguém se importa com você, exclusão.</p> <p><i>O CAPS é um... é um acompanhamento né? De caso muito genérico. Eu vejo que precisa muito maior capacitação e envolvimento do órgão em si pra ter efeitos, pra que não haja tantas recaídas, pra que não haja tanta evasão. (U3)</i></p> <p><i>... lá eu trago algum aprendizado alguma receita e aqui eu me fortifico. (U4)</i></p>

	<p>“Vitamina de força” (Vínculo)</p> <p>Relacionamento próximo, reconhecimento, apoio, reciprocidade, compartilhar, acreditar nas capacidades do outro, não julgar. Esses aspectos geram um vínculo afetivo e de confiança, motivação para continuar o tratamento, fortalecimento de vínculos e criação de novas redes.</p> <p><i>É aquele relacionamento de amizade entendeu? Não mais de amizade, eu falo assim, dar mais aquele apoio entendeu? Aquela confiança. Eu acredito que com ela tenho mais facilidade de me abrir de me expor entendeu? (U1)</i></p> <p><i>Eu sinto vontade de falar com ela eu sinto bem de encontra-la, ela me motivava mais a vir aqui. (U2)</i></p> <p><i>A gente construiu isso junto e com uma grande meta final assim conclusiva e eu tenho bem claro sobre o que eu quero fazer, sobre tudo o que a gente construiu junto. (U3)</i></p> <p><i>É uma pessoa que está se importando comigo e propriamente dizendo nem as pessoas da minha família estavam se importando mais comigo e eu achar nestas alturas do campeonato uma pessoa que se doe, capaz, humana, digna de me ajudar, isso pra mim me deixa muito satisfeito, isso pra me é muito importante, isso tem feito muito bem. (U4)</i></p> <p><i>Ela é uma profissional ta aqui pra ajudar, ela tem que ser às vezes neutra na situação, mas ela é uma pessoa que se doa, ela traz exemplos dela pra com o problema que eu vivo, ela traz vitamina de força pra mim, ela me injeta às vezes animo, coisa que eu não tinha condições de estar pedindo para ninguém, ela me consegue dar vontade de fazer as coisas certas. (U4)</i></p>	
<p>Olhar do Profissional</p>	<p>“Caminhada de encontro” (Atendimento personalizado)</p> <p>O profissional deve ter conhecimento, experiência, flexibilidade, capacidades para criar um vínculo de confiança com o paciente. Trabalho individualizado, espaços de escuta, troca, respeito, reconhecer o paciente como um sujeito importante, com dificuldades, capacidades e responsabilidades, criar</p>	<p>“Carência de um olhar” (Atendimento coletivo)</p> <p>O tratamento genérico, com pouco recurso, pouca disponibilidade e tempo, não permite a identificação e trabalho das necessidades de</p>

<p>vínculo de confiança, não julgar o paciente. Importância do seguimento durante e após o tratamento.</p> <p><i>O GC é uma forma diferente apenas de tar lidando com isso, mas assim, os métodos são quase muito parecidos... quando o paciente ta participando das terapias ele é trabalhado dentro a motivação dele, as potencialidades né? Logico que não com tanta, eu acredito que a diferencia ta mais no individualizado, nessa escuta, nesse acolhimento, e que ele se sente mais acolhido, ele se acha mais cuidado né? É uma coisa de sentir mais cuidado. (G1)</i></p> <p><i>Eu busquei a abordagem da entrevista motivacional. Dentro desta abordagem nós buscamos investigar os recursos, as preferências, as dificuldades de cada paciente e trabalhar cada uma delas de forma bem personalizada. (G2)</i></p> <p><i>Resultado positivo que eu percebi nesse trabalho foi a... a vinculação do paciente ao trabalho de Gerenciamento de Caso. Fazer com que o paciente realmente fizesse um... uma caminhada de encontro com aquilo que de fato ele queria, ele esperava da vida e de encontro com as suas possibilidades reais. (G2)</i></p> <p><i>Eles sempre tinham tarefas de um encontro pra outro e e pra trazerem prontas, eles também se sentiam no direito de passar tarefas pra a gerente de caso que era muito interessante e... e a gente fazia essa troca. (G2)</i></p> <p><i>Eles descobrem que são capazes de retomar a caminhada neste mundo onde todos os outros, todas as outras pessoas fazem essas coisas, eles descobrem que também podem fazer, eles ganham esse empoderamento, eles se empoderam de suas vidas. (G2)</i></p> <p><i>Eu tenho sempre acompanhado pra ver como que ele ta, inclusive eu quando to passando por aqui eu olho o prontuário pra ver se ele veio para as consultas que estavam agendadas essas coisas todas, e ai eu ate entrei em contato com a família pra poder verificar o porquê que ele não... ele não veio. (G1)</i></p>	<p>cada sujeito e pode criar um vínculo fraco entre o profissional e o paciente.</p> <p><i>Dentro do CAPS, eles não têm esse atendimento mais individualizado essas coisas assim e eles sentem falta disso. (G1)</i></p> <p><i>Eu acho que existe essa carência de um olhar e de uma escuta individualizada que o CAPS não tem condições de dar, por isso a dificuldade deles de se manterem adeptos ao tratamento, dessa vinculação ser tão frágil. (G2)</i></p> <p><i>Eu acho que o tempo foi muito curto que a gente poderia ter feito um trabalho melhor né? (G1)</i></p> <p><i>Gerenciamento de casos de oito semanas, dois meses né? E que levamos a cabo com relativo sucesso, entretanto se pudéssemos triplicar esse tempo acredito que teríamos um... um resultado bem mais substancial, bem mais palpável. Teríamos tempo de trabalhar essa autoestima do paciente, esse mergulho interno que ele faz, essa convicção de que ele pode, de que ele deve buscar uma... uma vida lá fora, retomar a sua vida com mais consciência e e do seus direitos. (G2)</i></p>
--	--

Capítulo V – Considerações Finais

Com base neste estudo, podemos destacar alguns aspectos relevantes que deveriam ser considerados na atuação do profissional de saúde a cargo do tratamento do usuário de drogas. Em primeiro lugar, constatou-se que o usuário de *crack* busca tratamento quando encontra-se abstinente e consciente sobre os agravos provocados pela droga, o que pode ser um dado importante a ser considerado no tratamento. Essa constatação traz importantes implicações nos modelos de tratamento para essa população sendo que, em muitas ocasiões, o usuário de drogas tem períodos curtos de abstinência; portanto, as unidades ou centros que oferecem atendimento devem ter estratégias que permitam a recepção, o acolhimento e o engajamento imediato desse usuário.

Além do usuário, o profissional deve levar em consideração as pessoas com quem o usuário estabelece vínculos (família, amigos, colegas, etc.), já que observou-se que o sujeito não usa a droga quando está com seu cônjuge, nem quando está no trabalho e menos ainda quando está com alguém com quem tenha vínculos afetivos. Sendo assim, os vínculos podem ser vistos como fatores protetores ou redutores de dano, além da importância de fortalecer e criar vínculos como parte da reinserção social e da construção de novas redes de relações afetivas. Portanto, há que se valorizar os vínculos afetivos que o usuário ainda possua, de forma a fortalecê-los e incluí-los como parceiros nesse processo de tratamento, a começar pela pessoa que acompanha o usuário ao serviço, pois essa companhia é denotativa da presença de um cuidado, preocupação e vínculo (algo muitas vezes raro e precioso entre usuários de *crack*).

É fundamental que programas de atenção destinados a dependentes de drogas estejam alinhados ao contexto e padrão de consumo do usuário, ainda mais quando se constata que os usuários apresentam grande suscetibilidade afetiva, sentimentos de culpa, tristeza e vergonha. Por isso, a necessidade de conhecer melhor a realidade do usuário de *crack*, tão encoberta de crenças, alardes midiáticos e pseudoverdades.

Evidencia-se que, além das abordagens ou técnicas utilizadas no tratamento para usuários de drogas, a maneira de abordar o indivíduo, a escuta, o acolhimento e o vínculo estabelecido entre o profissional e o usuário interferem no sujeito, na forma de se enxergar e de trabalhar suas dificuldades. Cabe ressaltar que o Gerenciamento de Caso, que é o foco deste estudo, propõe o trabalho em rede com o objetivo de intervir nas diferentes áreas de desenvolvimento (familiar, afetiva, laboral, social, etc.), problemáticas e necessidades do usuário, e melhorar sua qualidade de vida e produtividade, a partir do incremento da motivação, adesão e permanência do indivíduo no tratamento. O engajamento pessoal e envolvimento emocional são essenciais para desenvolver um tratamento humanizado que motive o usuário a continuar com seu processo de reabilitação e reinserção social.

As equipes de saúde às vezes carecem de treinamentos que superem o aspecto técnico, que permitam ao profissional obter habilidades para acolher e criar vínculos com o usuário. Essa tem se

constituído em uma das maiores dificuldades para que as ações de motivação, adesão, reabilitação e reinserção do usuário de drogas sejam uma constante no processo de tratamento dessa população.

É importante salientar que, embora a proposta do Gerenciamento de Caso demande o emprego de mais recursos terapêuticos, bem como o envolvimento intensivo de profissionais, a relação custo-efetividade desse procedimento é claramente demonstrada e satisfatória, uma vez que aumenta a adesão ao tratamento e reduz o custo social da dependência. Tanto no caso da intervenção da dependência não tratada, como no caso da intervenção tratada (o mesmo paciente é atendido em várias oportunidades em uma ou várias instituições ou a problemática é abordada de maneira inadequada), aumentam os custos e se enfraquece a credibilidade das diferentes formas de atendimento.

Como o estudo congregou dois níveis de análise, a análise qualitativa não conseguiu explorar e aprofundar questões que podem interferir na proposta de tratamento para usuários de substâncias psicoativas. Da mesma forma, as análises qualitativas não favorecem os processos de identificação dos diversos aspectos a serem trabalhados com os profissionais da saúde para que de fato possam garantir um atendimento integral e efetivo a essa população.

Outra limitação deste estudo foi que o projeto “Avaliação, gerenciamento de caso e seguimento de usuários de crack que se encontram em tratamento em seis estados brasileiros” teve dificuldades na articulação do trabalho realizado a partir do Gerenciamento de Caso junto ao trabalho efetivado pelo CAPS-ad, gerando restrições na implementação do GC como um processo contínuo e não simplesmente como um atendimento individualizado.

Igualmente, o estudo teve como restrição a população de usuários de *crack* que procura tratamento voluntariamente e que não faz parte da população em situação de rua. Entretanto, os resultados indicaram que os usuários de *crack* do estudo apresentam padrão de uso semelhante ao daqueles pertencentes às classes de menor poder aquisitivo. Restaria saber, em estudos futuros, se o usuário de *crack* em situação de rua já não foi o usuário que procurou e não encontrou um serviço que o acolhesse em suas demandas e peculiaridades.

Por outro lado, a constatação de ausência de usuários provenientes da população em situação de rua no presente estudo coaduna-se com o senso comum de que o usuário de *crack* em situação de rua não acessa a rede de atenção psicossocial. Essa constatação aponta para a necessidade urgente de se investir em equipamentos de saúde que se dirijam aos sujeitos em seu *lócus*, ali onde eles se encontram, como é o caso do dispositivo da política de atenção básica de consultório de rua, por exemplo.

Igualmente, é preciso avançar no debate acadêmico e político sobre o tratamento dos usuários de *crack* por meio da intervenção de Gerenciamento de Caso como um processo contínuo e de trabalho em rede. Essas intervenções podem gerar mudanças significativas no estilo de vida dos usuários, bem como desenvolver programas de qualificação profissional na área da atenção à saúde dessa população. No Brasil, é necessário desenvolver programas que atinjam não apenas alvos

numéricos, mas processos qualitativos que garantam o impacto e a efetividade das intervenções. É preciso lembrar que os custos de atendimentos fragmentados e globalizados, que não garantem a continuidade do sujeito no seu processo de tratamento e que o processo de atendimento não está sujeito às necessidades, prioridades e interesses do paciente, são maiores do que os custos de programas individualizados que garantem maior efetividade e sucesso no tratamento dos usuários.

Referências

- Alves, H. N. P., Ribeiro, M., & Lemos, T. (2012). Tratamento medicamentoso. In M., Ribeiro, R., Laranjeira (Eds.), *O tratamento do usuário de crack*. 2ª. Edição. Artmed. São Paulo.
- Balbinot, A. D., Alves, G. S. L., Amaral Junior, A. F., & Araujo, R. B. (2011). Associação entre fissura e perfil antropométrico em dependentes de crack. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(3), 205-209.
- Bardín, L. (2009). Análise de Conteúdo. Edições 70, Ltda.
- Barragán, L. T., González, J. V., Medina-Mora, M. E., & Ayala, H. V. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población Mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 28(1), 61-70.
- Borysow, I. C., & Furtado, J. P. (2013). Acesso e intersectorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 23(1), 34-46.
- Bowen, M. (1998). De la familia al individuo (B.E.A. Lonnné, trad.). Buenos Aires: Paidós. (Trabalho original publicado em 1979).
- Buarque, C. (1993). O que é apartação (2ª ed.). Editora Brasiliense.
- Bucher-Maluschke, J. S. N. F. (2008). Do transgeracional na perspectiva sistêmica à transmissão psíquica entre as gerações na perspectiva da psicanálise. In M. A., Penso, & L. F., Costa (Eds.), *A transmissão geracional em diferentes contextos*. Summus editorial. São Paulo.
- Caballo, V. E. (2007). Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales. 7ª. Edição. Siglo XXI. España.
- Carroll, K. M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: a review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 46-54.
- Carroll, K., Rounsaville, B., & Keller, D. (1991). Relapse prevention strategies for the treatment of cocaine abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17(3), 249-265.
- Casa Civil, subchefia para assuntos jurídicos. Lei Nº 10.216/2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm> acesso: 26 de março de 2013.
- Casa Civil, subchefia para assuntos jurídicos. Lei Nº 11.343/2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm> acesso: 26 de março de 2013.
- Conselho Nacional de Justiça. (2011). Cartilha sobre o Crack. 8-13.
- Costa, G. M., Soibelman, M., Zanchet, D. L., Costa, P. M., & Salgado, C. A. I. (2012). Gestantes dependentes de crack em uma unidade de internação psiquiátrica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(1), 8-12.
- Costa-e-Silva, V., Rivera, F. J. U., & Hortale, V. A. (2007). Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 23(6), 1405, 1406.

- Cottraux, J., & Gaspar, M. M. (2007). Modelo europeu de formação e supervisão em Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs) para profissionais de saúde mental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*; 3(1), 54-58.
- Cruz, M. S. (2011). Redução de Danos, prevenção e assistência. In: Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Ministério da Justiça/SENAD, 155-177.
- De Oliveira, L. G., Barroso, L. P., Silveira, C. M., Sanchez, Z. V., De Carvalho, P. J... Nappo, S. A. (2009). Neuropsychological assessment of current and past crack cocaine users. *Substance Use & Misuse*, 44(13), 1941-1943.
- Dias, A. C., Araújo, M. R., & Laranjeira, R. (2011). Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. *Revista Saúde Pública*, 45(5), 938-948.
- Domanico, A. (2006). "Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo dos noias!". Tese de doutorado. Salvador.
- Duailibi, L. B., Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2008). Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4), 545-557.
- Duailibi, L. B., Severino, R., Barbosa, V. M. M., & Ribeiro, M. (2012). Reabilitação psicossocial e gerenciamento de caso. In M., Ribeiro, & R., Laranjeira (Eds.), *O tratamento do usuário de crack*. 2ª. Edição. Artmed. São Paulo.
- Duailibi, S. M. (2013). Efeitos do uso agudo e crônico e sintomas de abstinência. In N. A., Zanelatto, R., Laranjeira (Eds.), *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais*. Artmed. São Paulo.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2005). Comorbidity — drug use and mental disorders. Disponível em: <<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index36329EN.html>> acesso: 06 de março de 2013.
- Falck, R. S., Siegal, H. A., & Carlson, R. G. (1992). Case management to enhance AIDS risk reduction for injection drug users and crack cocaine users: practical and philosophical considerations. *NIDA Res Monogr*, 127, 167-180.
- Falcone, E. M. O. (2013). Terapias cognitivo-comportamentais: história, evolução e princípios teóricos. In N. A., Zanelatto, R., Laranjeira (Eds.), *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais*. Artmed. São Paulo.
- Figlie, N. B., & Laranjeira, R. (2004). Gerenciamento de caso aplicado ao tratamento da dependência do álcool. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 26(Supl. I), 63-65.
- Fonseca, V. A. S., Alves, H. N. P., & Lemos, T. (2011). Gerenciamento de Caso. In A., Diehl, D., Cordeiro, R., Laranjeira (Eds.), *Dependência Química*, 274-278.
- Galera, S. A. F., Luis, M. A. V. (2002). Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 36(2), 141-147.
- Garcia, L. O., & Nappo, S. A. (2008). Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista Saúde Pública*; 42(4), 664-667.
- Gomes, M. C. P. A., & Pinheiro, R. (2005). Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 289-298.

- Gorelick, D. A., Gardner, E. L., & Xi, Z. X. (2004). Agents in Development for the Management of Cocaine Abuse. *Drugs*, 64(14), 1547-1566.
- Guimarães, C. F., Santos, D. V. V., Freitas, R. C., & Araújo, R. B. (2008). Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(2), 101-108.
- Henskens, R., Garretsen, H., Bongers, I., Van, A. D., & Sturmans, F. (2008). Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction. *Substance Use & Misuse*, 43(10), 1464-1475.
- Horta, R. L., Horta, B. L., Rosset, A. P., & Horta, C. L. (2011). Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(11), 2263-2270.
- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., & Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 563.
- Jerônimo, C. S., & Serra, A. M. (2004). Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 26(1), 33-37.
- Jungerman, F. S. (2013). Prevenção de recaída. In N. A., Zanelatto, R., Laranjeira (Eds.), *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais*. Artmed. São Paulo.
- Kessler, F., & Pechansky, F. (2008). Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista Psiquiátrica RS.*, 30(2), 96-98.
- Koller, K., & Andrade, A. H. K. (2013). Terapia cognitivo-comportamental aplicada ao tratamento de dependentes de cocaína/crack. In N. A., Zanelatto, R., Laranjeira (Eds.), *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais*. Artmed. São Paulo.
- Kuper, L. E., Gallop, R., & Greenfield, S. F. (2010). Changes in coping moderate substance abuse outcomes differentially across behavioral treatment modality. *American Journal on Addictions*, 19(6), 543-549.
- Laranjeira, R. (2006). Desassistência ao dependente químico e a política do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.uniad.org.br/images/stories/publicacoes/outros/Desassistencia%20ao%20dependente%20quimico.pdf>> acesso: 20 de abril de 2012.
- Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil. (2010). Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandocrack/publicacoes/material-informativo/serie-por-dentro-do-assunto/legislacao-e-politicas-publicas-sobre-drogas-no-brasil>> acesso: 26 de março de 2013.
- Leukefeld, C., Godlaski, T., Clark, J., Brown, C., & Hays, L. (2000). Behavioral therapy for rural substance abusers. *The University Press of Kentucky*. 47-55.
- Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas. (2011). 5ª. edição, Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/cartilhas/328197.pdf>> acesso: 06 de fevereiro de 2013.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). Relapse Prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. Second edition. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=lh17mhpXPBYC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false> acesso: 21 de fevereiro de 2013.

- Marques, C. F. F., & Arruda, S. L. S. (2007). Autismo infantil e vínculo terapêutico. *Estudos de Psicologia I Campinas*, 24(1), 115-124.
- Martins, R. V., Rossetto, M., Sartori, Q. D. N., Pinto, E. C., Van Der Sand, I. C. P., & Hildebrandt, L. M. (2012). Ações de saúde mental na região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS)*, 33(1), 11-18.
- McDonald, D. (2005). Case management in the substance abuse field: insights from the research literature. *Social Research & Evaluation Pty Ltd*. 15-20.
- McLellan, A. T., Hagan, T. A., Levine, M., Meyers, K., Gould, F... Jaffe, J. (1999). Does clinical case management improve outpatient addiction treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 55, 100-102.
- Mendeiros, R. (2008). Redes Sociais - Reflexões sobre as redes informais dos usuários de álcool e de crack. Belo Horizonte. Sigma.
- Mendes, E. V. (2011). As redes de atenção à saúde. (2ª edição). Brasília-DF.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). Entrevista Motivacional. Artmed.
- Ministério da Justiça. (2010). Plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas. Decreto Nº 7.179/2010. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJD0D73EAFPTBRNN.htm>> acesso: 20 de fevereiro de 2013.
- Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. (2001). Manual de redução de danos: Saúde e cidadania. Série manuais Nº. 42. Brasília.
- Ministério da Saúde. Diretrizes para organização da rede de atenção à saúde do SUS. Portaria Nº. 4.279/2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html> acesso: 13 de abril de 2013.
- Ministério da Saúde. Portaria Nº. 336/2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>> acesso: 10 de janeiro de 2013.
- Ministério da Saúde. Portaria Nº. 816/2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html> acesso: 05 de março de 2013.
- Ministério da Saúde. Portaria Nº. 2.197/2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2197.htm>> acesso: 05 de março de 2013.
- Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.612/2005. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_1612.pdf> acesso: 05 de março de 2013.
- Ministério da Saúde. Portaria Nº. 3.088/2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> acesso: 02 de abril de 2013.
- Ministério da Saúde. Portaria Nº. 132/2012. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portaria-ms-gm-no-132-2012>> acesso: 05 de março de 2013.

- Ministério da Saúde. Rede de atenção à saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=35699&janela=1> acesso: 13 de abril de 2013.
- Ministério da Saúde. (2012). Rede de Atenção Psicossocial ao Usuário e à Família. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/publicacoes/crack-e-possivel-vencer-1>> acesso: 05 de março de 2013.
- Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929> acesso: 02 de maio de 2013.
- Morgenstern, J., Hogue, A., Dauber, S., Dasaro, C., & McKay, J. R. (2009). A practical clinical trial of coordinated care management to treat substance use disorders among public assistance beneficiaries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(2), 257-269.
- Morgenstern, J., Neighbors, C. J., Kuerbis, A., Riordan, A., Blanchard, K.A... McCrady, B. (2009). Improving 24-Month Abstinence and Employment Outcomes for Substance-Dependent Women Receiving Temporary Assistance for Needy Families With Intensive Case Management. *American Journal of Public Health, 99*(2), 328-333.
- Moura, N. K., Petry, M., & Vieira, W. M. (2011). Outras abordagens no tratamento da dependência do crack. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 7*(1), 7-10.
- National Institute on Drug Abuse. (2012). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide (third edition). Disponível em: <<http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment>> acesso: 10 de janeiro de 2013.
- Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID). (2006). Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>> acesso: 12 de março de 2012.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (ONUDD). Fiscalización de drogas. Disponível em: <<http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/drogas/fiscalizacion.shtml>> acesso: 20 de novembro de 2010.
- Oliveira, L. G., & Nappo, A. S. (2008). Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista Saúde Pública, 42*(4), 771-774.
- Padin, M. F. R. (2012). Terapia cognitivo-comportamental. In M., Ribeiro, R., Laranjeira (Eds.), *O tratamento do usuário de crack*. 2ª. Edição. Artmed. São Paulo.
- Paquette, C., Roy, E., Petit, G., & Boivin, J. F. (2010). Predictors of crack cocaine initiation among Montréal street youth: a first look at the phenomenon. *Drug and Alcohol Dependence, 110*, 85.
- Passos, E. H., & Souza, T. P. (2011) Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “Guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade, 23*(1), 154-155.
- Perrenoud, L. O., & Ribeiro, M. (2012). Histórico do consumo de crack no Brasil e no mundo. In M., Ribeiro, R., Laranjeira (Eds.), *O tratamento do usuário de crack*. 2ª. Edição. Artmed. São Paulo.
- Project MATCH (2010). A Study of Alcoholism Treatment Approaches Research Group. Butler Center for Research.
- Projeto Diretrizes. (2011). Abuso e Dependência: Crack. *Associação Brasileira de Psiquiatria*. 9-11.

- Ramos, J., & Iruarrizaga, I. (2009). Correlatos neuropsicológicos y emocionales implicados en el consumo de cocaína: una revisión teórica a los nuevos hallazgos. *Intervención Psicosocial*, 18(3), 245-246.
- Ribeiro, M. (2012). Avaliação psiquiátrica e comorbidades. In M., Ribeiro, R., Laranjeira (Eds.), *O tratamento do usuário de crack*. 2ª. Edição. Artmed. São Paulo.
- Ribeiro, M., Duailibi, L. B., Perrenoud, L. O., & Sola, V. (2012). Perfil do usuário e história natural do consumo. In M., Ribeiro, R., Laranjeira (Eds.), *O tratamento do usuário de crack*. 2ª. Edição. Artmed. São Paulo.
- Ribeiro, M., Dunn, J., Sesso, R., Costa, A. D., & Laranjeira, R. (2006). Causes of death among crack cocaine users. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 28(3), 196-200.
- Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2012). O plano de tratamento. In M., Ribeiro, R., Laranjeira (Eds.), *O tratamento do usuário de crack*. 2ª. Edição. Artmed. São Paulo.
- Ribeiro, M., Nappo, A. S., & Sanchez, Z. V. D. (2012). Aspectos socioculturais do consumo de crack. In M., Ribeiro, R., Laranjeira (Eds.), *O tratamento do usuário de crack*. 2ª. Edição. Artmed. São Paulo.
- Ridgely, M. S., & Willenbring, M. L. (1992). Application of Case Management to Drug Abuse Treatment: overview of models and research issues. In: National Institute on Drug Abuse. *Progress and Issues in Case Management*. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.
- Sakiyama, H. M. T., Ribeiro, M., & Padin, M. F. R. (2012). Prevenção da recaída e treinamento de habilidades sociais. In M., Ribeiro, R., Laranjeira (Eds.), *O tratamento do usuário de crack*. 2ª. Edição. Artmed. São Paulo.
- Sanchez, Z. M., & Nappo, S. A. (2002). Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Revista Saúde Pública*, 36(4), 420-429.
- Sanicola, L. (2008). As dinâmicas de rede e o trabalho social. Veras Editora. São Paulo.
- Santos, V. E., Soares, C. B., & Campos, C. M. S. (2010). Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Revista de Saúde Coletiva*, 20(3), 995-1009.
- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2009). Relatório Brasileiro sobre drogas. Brasília.
- Shwartz, M., Baker, G., Mulvey, K. P., & Plough, A. (1997). Improving publicly funded substance abuse treatment: the value of case management. *American Journal of Public Health*, 87(10), 1659-1660.
- Siegal, H. A. (1998). Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) series 27. Chapter 1 e 2.
- Silva, D. P. G., Pacheco, S. L., & Padin, M. F. R. (2012). Entrevista motivacional. In M., Ribeiro, R., Laranjeira (Eds.), *O tratamento do usuário de crack*. 2ª. Edição. Artmed. São Paulo.
- Smith, G. W., Farrell, M., Bunting, B. P., Houston, J. E., & Shevlin, M. (2011). Patterns of polydrug use in Great Britain: findings from a national household population survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 113, 222.
- Springer, D. W. (2008). Revisão das Abordagens Terapêuticas para Jovens Infratores Usuários de Drogas nos Estados Unidos. *Educação e Realidade*, 33(2), 114, 115.

- Sudbrack, M. F. O. (2003). Da obrigação à demanda, do risco à proteção e da dependência à liberdade. In M. F. O., Sudbrack, M. I. G., Conceição, E. M. F., Seidl, M. T., Silva (Eds.), *Adolescentes e drogas no contexto da justiça*. Plano Editora. Brasília.
- Sudbrack, M. F. O. (2010). Drogas e complexidade: do caos à transformação. In: Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas. 4ª. edição. Brasília.
- Tanaka, O. U., & Ribeiro, E. L. (2009). Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 484, 485.
- Turner, T. H., LaRowe, S., Horner, M. D., Herron, J., & Malcolm, R. (2009). Measures of cognitive functioning as predictors of treatment outcome for cocaine dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(4), 328-330.
- UNESCO. (2010). Education, youth and development. Unesco in the Latin America and the Caribbean. Disponível do world wide web <<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001891/189108e.pdf>> acesso: 17 de novembro de 2010.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Disponível em: <<http://www.unodc.org/southerncone/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas-2009.html>> acesso: 12 de março de 2012.
- Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C., & Broekaert, E. (2007). Effectiveness of Different Models of Case Management for Substance-Abusing Populations. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(1), 81–95.
- Wallace, B. C. (1992). Treating Crack Cocaine Dependence: The Critical Role of Relapse Prevention. *Journal of Psychoactive Drugs*, 24(2), 213-221.
- Wanderley, M. B. (2001). Refletindo sobre a noção de exclusão. In B., Sawaia (Eds.), *As artimanhas da exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social*, 2ª. Edição. Editora Vozes.
- Zanelatto, N. A. (2013). Terapia cognitivo-comportamental das habilidades sociais e de enfrentamento de situações de risco. In N. A., Zanelatto, R., Laranjeira (Eds.), *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais*. Artmed. São Paulo.

Anexos

Anexo A**Passaporte de Saúde****BEM-VINDO!**

Você está recebendo seu Passaporte da Saúde, que vai lhe ajudar na sua organização diária e no acesso a diferentes serviços que lhe darão apoio e suporte.

Vamos acompanhar você nessa jornada rumo a uma vida com mais qualidade e saúde. Você não irá sozinho – estaremos com você em cada página deste documento.

BOA VIAGEM!

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Rua: _____ N.º _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Telefones: _____ Tel. para Recado: _____

Emergências: _____ (Nome e Telefone)

Acompanhamento realizado no Centro de Atenção Psicossocial

(CAPSad) _____

Rua: _____ N.º _____ Telefone: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Profissional de referência/gerente de caso:

CONTROLE LIMPO

METAS – CONTRATO COMPORTAMENTAL

META: _____

CARIMBO:

META: _____

CARIMBO:

ENCONTROS COM O GERENTE DE CASOS

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

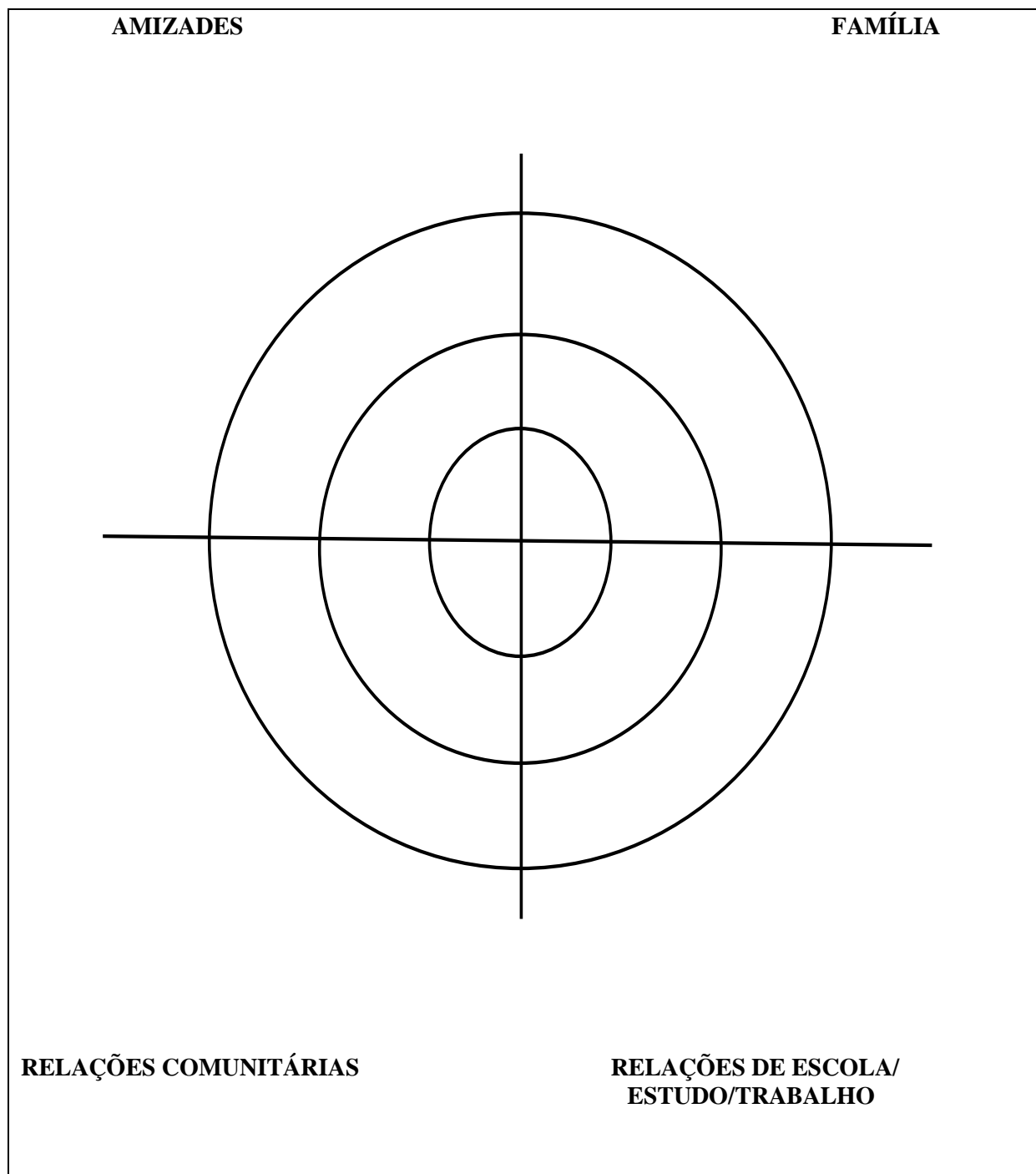
CALENDÁRIO

Semana	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
01							
02							
03							
04							
05							
06							

FISSURA

- Respire fundo e mantenha a calma: a vontade passa
- Ligue para um familiar ou amigo de sua confiança:
 - Pessoa 1 _____
 - Pessoa 2 _____
 - Pessoa 3 _____
- Lembre de pessoas importantes para você: _____ (nômes)
- Ligue para o VivaVoz
- Tome um banho , faça algum exercício, dê uma caminhada por um lugar seguro
- Imagine suas futuras conquistas:
 - Conquista 1 _____
 - Conquista 2 _____
 - Conquista 3 _____
- Revise as páginas desse Passaporte da Saúde e pense no seu progresso

Anexo B
Mapa Mínimo



Anexo C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Usuários

Dados de identificação

Título do Projeto: Gerenciamento de Caso em Usuários de *Crack*: Contribuições para o Tratamento e Qualificação da Intervenção Profissional de um CAPS-ad do DF

Pesquisador Responsável: Hannya Eliana Herrera Cardona

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade de Brasília

Telefones para contato: (61) 35421747 - (61) 82210549

E-mail: hannya.herrera@gmail.com.co

O(A) Sr.(a.) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Gerenciamento de Caso em Usuários de *Crack*: Contribuições para o Tratamento e Qualificação da Intervenção Profissional de um CAPS-ad do DF**”, de responsabilidade da pesquisadora **Hannya Eliana Herrera Cardona**, aluna de mestrado da Universidade de Brasília. Você pode aceitar ou não em participar como voluntário(a) desta pesquisa. Caso você não aceite, isso não irá afetar o seu tratamento ou mesmo o vínculo com o programa clínico no qual você participa.

O objetivo deste estudo é: Analisar as formas de intervenção através do modelo de gerenciamento de caso, com o propósito de dar conta dos significados e das relações construídas ao longo da intervenção por parte dos profissionais em saúde, bem como por parte dos usuários de *crack* vinculados ao CAPS-ad de uma cidade- satélite do DF, e desse modo, contribuir na qualificação dos profissionais da área da saúde.

Se você decidir participar deste estudo, será entrevistado para avaliar seus conceitos e comportamentos antes e depois da implementação do modelo de gerenciamento de caso, como processo de intervenção, nos aspectos da sua vida pessoal, familiar e social. A coleta de dados será realizada por meio de uma entrevista, será utilizado um gravador de voz, e um roteiro de perguntas, mas você poderá falar livremente sobre questões relacionadas com sua vida cotidiana. No caso de acontecer alguma situação que exceda os limites emocionais e se perceba algum tipo de ameaça emocional ou constrangimento, a entrevista será detida. Imediatamente o participante receberá suporte e intervenção profissional, de esse modo se reduzirá o risco de posteriores consequências psicológicas nos participantes.

Caso você se sinta desconfortável com alguma questão, você não precisará respondê-la. Você poderá, também, interromper sua participação a qualquer momento e isso não afetará a qualidade do tratamento que você está recebendo.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. A entrevista será feita nos dias que você vai estar em tratamento no CAPS-ad.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa. Toda informação coletada nesse estudo é confidencial, seus dados serão mantidos em sigilo, o seu nome não será usado quando os resultados desse estudo forem publicados, pois os dados são utilizados em conjunto, sem identificação individual.

Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como entrevistas e fitas de gravação, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

Os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de um breve relatório, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Ao participar do estudo você estará contribuindo para o desenvolvimento de tratamento no futuro, que ira ajudar outros usuários de *crack*.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do e-mail do CEP/IH cep_ih@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o senhor(a).

Eu _____, RG nº _____, declaro ter sido informado, e concordo em participar como voluntário do projeto de pesquisa acima descrito. Declaro que recebi uma cópia deste documento. Eu entendo que posso interromper minha participação como voluntário(a) em qualquer momento e que isso não influenciará meu tratamento e outros serviços.

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Brasília, ____ de _____ de _____

Anexo D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais

Dados de identificação

Título do Projeto: Gerenciamento de Caso em Usuários de Crack: Contribuições para o Tratamento e Qualificação da Intervenção Profissional de um CAPS-ad do DF

Pesquisador Responsável: Hannya Eliana Herrera Cardona

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade de Brasília

Telefones para contato: (61) 35421747 - (61) 82210549

E-mail: hannya.herrera@gmail.com.co

O(A) Sr.(a.) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Gerenciamento de Caso em Usuários de Crack: Contribuições para o Tratamento e Qualificação da Intervenção Profissional de um CAPS-ad do DF**”, de responsabilidade da pesquisadora **Hannya Eliana Herrera Cardona**, aluna de mestrado da Universidade de Brasília. Você pode aceitar ou não em participar como voluntário(a) desta pesquisa. Caso você não aceite, isso não irá afetar o seu trabalho.

O objetivo deste estudo é: Analisar as formas de intervenção através do modelo de gerenciamento de caso, com o propósito de dar conta dos significados e das relações construídas ao longo da intervenção por parte dos profissionais em saúde, bem como por parte dos usuários de *crack* vinculados ao CAPS-ad de uma cidade-satélite do DF, e desse modo, contribuir na qualificação dos profissionais da área da saúde.

Se você decidir participar deste estudo, será entrevistado para avaliar seus conceitos, crenças, envolvimento no processo, conhecimento do processo, visando identificar diferentes aspectos envolvidos no processo de gerenciamento de caso ou tratamento oferecido no CAPS-ad. A coleta de dados será realizada por meio de uma entrevista, será utilizado um gravador de voz, e um roteiro de perguntas, mas você poderá falar livremente sobre questões relacionadas com o processo de intervenção utilizado. No caso de acontecer alguma situação que exceda os limites emocionais e se perceba algum tipo de ameaça emocional ou constrangimento, a entrevista será detida. Imediatamente o participante receberá suporte e intervenção profissional, de esse modo se reduzirá o risco de posteriores consequências psicológicas nos participantes.

Caso você se sinta desconfortável com alguma questão, você não precisará respondê-la. Você poderá, também, interromper sua participação a qualquer momento e isso não afetará a qualidade do seu trabalho.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa. Toda informação coletada nesse estudo é confidencial, seus dados serão mantidos em sigilo, o seu nome não será usado quando os resultados desse estudo forem publicados, pois os dados são utilizados em conjunto, sem identificação individual.

Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como entrevistas e fitas de gravação, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

Os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de um breve relatório, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Ao participar do estudo você estará contribuindo para o desenvolvimento de tratamento no futuro, que ira ajudar os usuários de *crack*.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do e-mail do CEP/IH cep_ih@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o senhor(a).

Eu _____, RG nº _____, declaro ter sido informado, e concordo em participar como voluntário do projeto de pesquisa acima descrito. Declaro que recebi uma cópia deste documento. Eu entendo que posso interromper minha participação como voluntário(a) em qualquer momento e que isso não influenciará meu trabalho.

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Brasília, ____ de _____ de _____

Anexo E

Roteiro de Entrevista para Usuários

1. Que áreas da sua vida (trabalho, família, conjugue, vizinhos, etc.) têm maiores problemas por causa da droga. Explique-me que tem acontecido.
2. Faça um resumo do que têm acontecido na sua vida nos últimos seis meses.
3. Faça uma comparação entre o que acontecia antes e depois de iniciar o trabalho mediante o acompanhamento pelo profissional gerente de casos.
4. Quais são os aspectos da sua vida (relacionamento com sua família, rendimento no seu trabalho, etc.) que ainda faltam melhorar. Como você acha que podem melhorar.
5. Conte-me como tem sido (ou como tem se sentido) o relacionamento com o profissional gerente de casos.
6. Faça um resumo das atividades que você achou mais importantes e que foram desenvolvidas durante o ultimo mês com o profissional gerente de casos.
7. Como você se sente com relação às atividades desenvolvidas a través do acompanhamento do gerente de casos.
8. Qual é a sua opinião sobre as atividades desenvolvidas no gerenciamento de caso.
9. De que maneira a intervenção com o profissional gerente de casos tem mudado seu estilo de se relacionar consigo mesmo e com os outros.
10. Você acha que o acompanhamento a través do gerenciamento de caso tem prejudicado ou ajudado você nos aspectos importantes na sua vida. Explique-me como isso acontece.


Anexo F

Roteiro de Entrevista para Profissionais (Gerentes de Casos)

1. Explique quais são as atividades que você desenvolve como Gerente de casos com usuários de *crack*.
2. Faça uma avaliação sobre as atividades desenvolvidas no gerenciamento de caso.
3. Como você se sente em relação às atividades desenvolvidas através do gerenciamento de caso.
4. Quais são as diferenças do modelo de gerenciamento de casos e outros modelos utilizados como intervenção com usuários de *crack*.
5. De que maneira a intervenção como gerente de casos tem mudado seu estilo de se relacionar com seus pacientes.
6. Você acha que o acompanhamento a través do gerenciamento de caso traz mudanças na vida dos seus pacientes. Explique-me como isso acontece.

Anexo G

Carta de aprovação do Comitê de Ética CEP/IH - UnB



Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Ciências Humanas
Universidade de Brasília

Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Campus Universitário Darcy Ribeiro

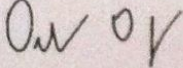
ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Título do Projeto: GERENCIAMENTO DE CASO EM USUÁRIOS DE CRACK: CONTRIBUIÇÕES PARA O TRATAMENTO E QUALIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO CAPS-AD GUARÁ (DF)
Número do projeto: 17-06/2012

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos, resolveu **APROVAR** o projeto intitulado "GERENCIAMENTO DE CASO EM USUÁRIOS DE CRACK: CONTRIBUIÇÕES PARA O TRATAMENTO E QUALIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO CAPS-AD GUARÁ (DF)".

O pesquisador responsável fica notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (itens VII.13 letra "d" e IX.2 letra "c" da Resolução CNS 196/96).


Brasília, 22 de julho de 2012.



Debora Diniz
Coordenadora Geral – CEP/IH

Anexo H

Carta de aprovação do Comitê de Ética CEP/HCPA



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

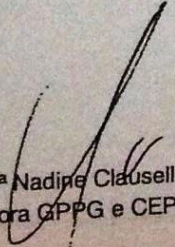
Projeto: 100176 **Versão do Projeto:** 04/05/2010 **Versão do TCLE:** 23/07/2010

Pesquisadores:
SIBELE FALLER
FELIX HENRIQUE PAIM KESSLER
LISIA VON DIEMEN
ANA CAROLINA PEUKER
MARCIA IZABEL RODZISKI PETTENON
FLAVIO PECHANSKY

Título: Avaliação, gerenciamento de caso e seguimento de usuários de crack que se encontram em tratamento em seis estados brasileiros

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 03 de agosto de 2010.


Profª Nadine Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA