

**UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO**

**MÁRCIA REGINA DA SILVA SOUZA**

**CRACK - ADESÃO AO TRATAMENTO**

BAURU  
2011

**MÁRCIA REGINA DA SILVA SOUZA**

**CRACK - ADESÃO AO TRATAMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Superior de Ciências e Profissões da Saúde da Universidade Sagrado Coração, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Enfermeira sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Ms. <sup>a</sup> Solange Gallan Vila.

BAURU  
2011

Souza, Márcia Regina da Silva

S7294c

Crack: adesão ao tratamento / Márcia Regina da Silva Souza  
-- 2011.  
72f. : il.

Orientadora: Profa. Ms. Solange Gallan Vila.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em  
Enfermagem) - Universidade Sagrado Coração - Bauru - SP

1. Adesão. 2. Crack. 3. CAPS. 4. Saúde mental. 5.  
Tratamento. I. Vila, Solange Gallan. II. Título.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus, meu refugio e força, que está acima de todas as coisas deste mundo, sempre presente em todos os momentos da minha vida, onde sempre encontrei respostas para os meus medos e conforto para minhas angústias.

Às minhas filhas Camila e Amanda, tão amigas e companheiras que muitas vezes foram minhas mães e a Fernanda que mesmo longe, sempre esteve tão perto. Meninas muito especiais, razão de todos meus esforços e fonte de muita felicidade, nelas entendo o sentido do amor, este amor que quanto mais se dá mais, mais se tem... Vocês são minha vida.

Ao Murilo, meu doce e amado netinho que passou por fases que eu não pude aproveitar como gostaria, durante este semestre ele praticamente se emancipou, anda sem amarras já me chama de vovó, a vontade de ter mais tempo para você fez com que este período passasse mais depressa.

Ao meu esposo, companheiro e amigo Célio, por me entender, ajudar e me aguentar nestes dias difíceis, acreditando e confiando em mim e mostrando que posso ir além do que imagino. Obrigada pelo companheirismo, por todo tipo de ajuda e pela ausência total de cobranças. Sem você eu não conseguiria.

Aos meus amados pais, Benedito e Alice, pelo apoio e compreensão nos tantos momentos de ausência, e pela certeza que eu tenho de que nunca estive desamparada ou solitária, o amor de vocês me ajudou a caminhar. Sei que nunca mediram esforços para me guiar pelos caminhos corretos, ensinando que a honestidade e o respeito são essenciais à vida e que devemos sempre lutar pelo que queremos. Agora vamos colher juntos esta vitória que é nossa.

Aos meus queridos irmãos e sobrinhos que se privaram da minha companhia neste último semestre, mas não do meu amor, de alguma forma vocês sempre estiveram comigo e me estimularam há caminhar um pouco mais.

Aos meus verdadeiros amigos, alguns mais próximos, outros nem tanto como eu gostaria, mas que contribuíram para que eu chegasse até aqui, em especial aqueles que são mais que amigos.

Roberta e Marcelo, que me acompanharam em toda minha trajetória acadêmica, sempre presentes me disponibilizando seu tempo, me encorajando e principalmente por me fazerem esquecer os momentos de tristeza, por todas as vezes que me fizeram sorrir quando a vontade era chorar, agradeço pelo privilegio de saber que pessoas como vocês fazem parte da minha vida.

Emerson, querido amigo, obrigada pelos incalculáveis cálculos que fizemos juntos e muito mais pelas pitadas de fé que sempre tem me acrescentado.

Janini sou uma pessoa privilegiada por ter lhe encontrado no meu caminho, tão prestativa e auxiliadora, sou muito grata pela sua atenção e amizade.

Marilena obrigada pelo carinho e pela confiança, por sempre ter acreditado que sou capaz, mesmo quando eu mesma não acreditava.

Adriana, obrigada pelas tardes que passamos juntas, por toda a paciência que teve ao ouvir meus desabafos e pela sinceridade de sua amizade.

A minha orientadora Profa Ms. Solange Gallan Vila, pela dedicação, por todos os conselhos e ensinamentos que me trouxeram até aqui.

Ao Secretário da Saúde Dr. Fernando Casquel Monti, por permitir a realização desse trabalho.

A Valéria e a toda equipe do CAPS Ad de Bauru que me acolheram em seu ambiente de trabalho e facilitaram de todas as formas possíveis a minha pesquisa.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para que eu chegasse até aqui meu carinho e muito obrigada. Grande beijo.

Sonhos é a expressão da alma, são intensos desejos geradores de motivação;

É o que nos dá asas para voar, que nos deixa sem chão;

É a nossa motivação pessoal, um verdadeiro mergulho no solo fértil da fé;

É o que faz a vida se tornar interessante,

É um convite ao infinito céu!

Não pare de sonhar, nunca desista da magia dos sonhos!

Sonhos são imensos desejos que gritam no íntimo humano, procurando uma oportunidade para se concretizar.

Algumas pessoas afundaram-os no solo do esquecimento; outras, como eu, anseiam intensamente pela realização dos mesmos.

O sonho torna-se real quando você empenha-se a torná-lo real.

(Michelle Ramos)

## RESUMO

No Brasil, levantamentos epidemiológicos, tem apontado aumento importante no uso do crack, derivado da cocaína, substância que causa dependência física e psicológica após o uso de poucas doses.

É necessário que se conheça o perfil desta parcela da população, verificando dados relacionados ao sexo, estado civil, escolaridade, idade, tempo de uso da droga, internações anteriores, ocupação, hipótese diagnóstica e tempo de permanência no tratamento para analisar a eficácia/resolutividade e verificar o índice de adesão ao tratamento.

Diante de tal constatação e considerando as mudanças sócio-político-econômicas que recentemente ocorreram no país se fez necessária uma breve reflexão sobre a história da saúde mental no Brasil deste o período colonial até a atualidade.

Pode-se observar que após o movimento da Reforma Psiquiátrica e com as transformações no modelo psiquiátrico tradicional, centrado na exclusão da pessoa com transtorno mental, o tratamento passa acontecer em uma rede de serviços substitutivos na comunidade.

Neste contexto, a partir da portaria GM224/92 os NAPS/CAPS são criados oficialmente (BRASIL, 2004).

Humberto da Costa (2004) define os CAPS como instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas em busca de autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e odontológico.

Costa ressalta ainda que os CAPS constituem a principal estratégia do processo da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004).

A partir da pesquisa realizada no CAPS AD, de Bauru, foi possível traçar o perfil epidemiológico, observar características específicas do usuário do serviço, verificar a eficácia/resolutividade e o índice de adesão ao tratamento.

Trata-se do jovem adulto entre 21 a 30 anos, do sexo masculino, solteiro, com o primeiro grau incompleto, usuário de crack há cinco anos, sem nenhum tratamento psiquiátrico anterior, com renda obtida através de pequenos bicos, que já apresentam vários sintomas característicos da síndrome de dependência e fazem o tratamento ambulatorial. Não foi possível estipular um padrão de adesão devido às características peculiares do dependente do crack, mas, observou-se que 45% apresentam características flutuantes, 12% fazem parte do Programa de Redução de Danos e 43% abandonam o tratamento logo após a primeira consulta.

As políticas sociais de prevenção, redução de danos, tratamento, recuperação e reinserção social ainda são muito tímidas para atender toda a demanda que existe e a situação pode ser muito mais grave se pensarmos que muitos dados são subnotificados

Esta pesquisa com certeza deixa várias lacunas que não foram respondidas, nem sequer citadas, tendo em vista o tema que necessita de muito estudo para poder se entender melhor a complexidade do assunto.

**Palavras -chaves :** Adesão. CAPS. Crack. Saúde mental. Tratamento

## ABSTRACT

In Brazil, epidemiological surveys have indicated a significant increase in crack use, derived from cocaine, a substance that causes physical and psychological dependence after the use of small doses.

It is necessary to know the profile of this portion of the population, verifying data related to sex, marital status, education, age, duration of drug use, previous hospitalizations, occupation, diagnosis and length of stay in treatment to assess the efficacy/problem solving and check the index of adherence to treatment.

View of this observation and considering the socio-political-economic changes that have occurred recently in the country was necessary to reflect briefly on the history of mental health in Brazil from the colonial period to the present.

It can be seen that after the Psychiatric Reform movement and the changes in the traditional psychiatric model, centered on the exclusion of people with mental disorder, the treatment is happening in a network of substitute services in the community.

In context, from Portaria GM224/92 the NAPS/CAPS are officially created (BRAZIL, 2004).

Humberto de Costa (2004) defines the CAPS as host institutions for patients with mental disorders encourage their social and family support them in their efforts to seek autonomy, provide them with medical and dental care.

Costa emphasized that the CAPS is the main strategy of the process of psychiatric reform (BRAZIL, 2004).

From the survey conducted in CAPS AD, Bauru, it was possible to trace epidemiological profile, observe specific features of the service user, verify the effectiveness/problem solving and the level of adherence to treatment.

In the young adult between 21 and 30 years, male, single, with incomplete primary education, crack users and 5 years, with no previous psychiatric treatment, with income earned through small jobs, which already have several symptoms characteristic of the syndrome of dependence and make patient treatment. Could not set a pattern of compliance due to the peculiar characteristics on crack, but it was observed that 45% have features floating, 12% are part of the Harm Reduction Program and 43% drop out of treatment after the first query.

The social policies of prevention, harm reduction, treatment, recovery and social reintegration are still too shy to meet all the demand that exists and the situation can be much more serious if we consider that many data are under reported.

This research certainly leaves several gaps that are not answered, nor even mentioned, in view of the subject that requires much study in order to better understand the complexity of subject.

Keywords: Adhesion. CAPS. Crack. Mental health. Treatment.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Lugares de Cultivo de Coca.....	18
Figura 2 – Laboratórios.....	19
Figura 3 – Instalações Clandestinas.....	19
Figura 4 – Rota do Crack .....	20
Figura 5 – Meios de Escoamento.....	20
Figura 6 – Fabricação.....	21
Figura 7 – Atendimentos de Acordo com o Sexo.....	55
Figura 8 – Atendimentos de Acordo com o Estado Civil .....	56
Figura 9 – Atendimentos de Acordo com a Escolaridade.....	57
Figura 10 – Atendimentos de Acordo com a Idade .....	58
Figura 11 – Atendimentos de Acordo com o Tempo de Uso.....	59
Figura 12 – Internações.....	58
Figura 13 – Ocupação .....	61
Figura 14 – Sintomas .....	63
Figura 15 – Permanência no Tratamento .....	64

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2</b>	<b>O CRACK</b> .....	15
2.1	DA COCAÍNA AO CRACK .....	16
2.2	O INÍCIO DO CRACK .....	17
2.3	A ROTA DO CRACK.....	18
2.3.1	O Crack nos EUA .....	21
2.3.2	O Crack no Brasil.....	22
2.4	AÇÃO NO ORGANISMO .....	23
2.4.1	Sinais de dependência.....	25
<b>3</b>	<b>A SAÚDE MENTAL NO BRASIL</b> .....	26
3.1	PRIMÓRDIOS DA SAÚDE MENTAL.....	27
3.2	DO PERÍODO COLONIAL A ATUALIDADE .....	28
3.3	ANTECEDENTES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA .....	37
3.4	A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA .....	40
<b>4</b>	<b>TRATAMENTO</b> .....	44
4.1	ADESÃO AO TRATAMENTO .....	44
4.2	TRANSFORMAÇÃO DO MODELO PSIQUIÁTRICO.....	45
4.3	OS CAPS .....	47
4.3.1	CAPS I .....	50
4.3.2	CAPS II.....	51
4.3.3	CAPS III .....	51
4.3.4	CAPS AD .....	52
4.4	PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS .....	53
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	54
<b>6</b>	<b>ANÁLISE DOS DADOS PESQUISADOS</b> .....	55
6.1	ATENDIMENTO ANUAL EM RELAÇÃO À DEPENDÊNCIA 2010 .....	55
6.2	ATENDIMENTOS DE ACORDO COM O SEXO .....	55
6.3	ATENDIMENTOS DE ACORDO COM O ESTADO CIVIL.....	56
6.4	ATENDIMENTOS DE ACORDO COM A ESCOLARIDADE .....	57
6.5	ATENDIMENTOS DE ACORDO COM A IDADE .....	58
6.6	ATENDIMENTOS DE ACORDO COM O TEMPO DE USO .....	59
6.7	INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS ANTERIORES .....	60
6.8	OCUPAÇÃO.....	61
6.9	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA .....	62
6.10	SINTOMAS .....	63
6.11	PERMANÊNCIA NO TRATAMENTO .....	64
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	66
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	68

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas podemos observar avanços significativos no que diz respeito à saúde mental. Percebem-se investimentos em equipamentos, recursos humanos e políticas de atenção em saúde mental além de ações voltadas aos usuários de substâncias químicas.

Na década de 70 iniciaram-se experiências com o objetivo de mudanças na assistência pautadas pelo início da Reforma Psiquiátrica, como ressalta o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

Em 1986, na cidade de São Paulo, foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) denominado como Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, como parte de um intenso movimento social em que inicialmente trabalhadores denunciavam a situação precária da saúde mental (BRASIL, 2004).

A partir deste centro, surgem em vários municípios os serviços de saúde mental seguindo o exemplo de diminuição das internações e mudanças no modelo assistencial. Neste contexto, a partir da portaria GM224/92 os NAPS/CAPS são criados oficialmente (BRASIL, 2004).

Claudino e Gonçalves (2006) ressaltam que com as reformas da saúde mental, os cuidados aos pacientes passaram a ser baseados nos atendimentos ambulatoriais e as emergências psiquiátricas a ocupar papel de destaque nesta rede de atendimento à medida que se instala como porta de entrada da comunidade para o serviço médico ou como suporte para o serviço ambulatorial.

Humberto da Costa define os CAPS como instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas em busca de autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e odontológico. Costa ressalta ainda que os CAPS constituem a principal estratégia do processo da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS. É um lugar de referência para tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais, psicoses e neuroses graves (BRASIL, 2004).

Não se pode esquecer que quando se fala em saúde mental estamos também falando de usuários de drogas, pois o uso de drogas esta associado a inúmeros problemas de ordem física, psiquiátrica e social.

Silveira e Moreira (2006) afirmam que a forma com que se aborda o tema traz a impressão que se trata de algo novo, quando na verdade, o uso de substâncias psicoativas é um fenômeno que acompanha toda a história da humanidade.

Teixeira (2006) reforça que essa prática era realizada por diversos povos, em diversos contextos, desde a antiguidade.

A dependência das drogas é um transtorno em que predomina a heterogeneidade, já que afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias (BRASIL, 2004).

O abuso de substâncias ilícitas ou não se transformou em um grave problema de saúde pública em praticamente todos os países do mundo sendo o crack, um subproduto da pasta base de cocaína, uma substância de alta prevalência.

Durante o consumo o crack é absorvido pela mucosa oral, nasal e pulmonar e seu uso pode desencadear graves sintomas de agressividade e psicose, é capaz de causar dependência física e psicológica após o uso de poucas doses.

O dependente químico é de forma geral marginalizado, visto como um problema para a comunidade e um transtorno para a família, a sociedade tem dificuldade para percebê-lo como um doente que precisa de cuidados, e o próprio doente demora em notar que precisa de ajuda.

Scaduto e Barbieri (2008) apontam que a promoção da adesão ao tratamento da dependência química tem se mostrado um desafio em diversos contextos. Lembram ainda que a adesão ao tratamento apresenta vários desafios e ressalta a importância de se criar uma relação de confiança entre pacientes e profissionais.

Tendo em vista o crescente número de usuários de crack aparece a necessidade de aumentar o conhecimento que se tem sobre o assunto não apenas entre universitários, mas também entre os profissionais da saúde, usuários de drogas e a população em geral que tem muitas dúvidas em relação à eficácia do tratamento.

Domanico e Macrae (2006) salientam que é difícil precisar exatamente quando o crack fez sua primeira aparição no mercado brasileiro de drogas ilícitas. Relatos de usuários em São Paulo apontam para o ano de 1987, enquanto dados do DENARC (Departamento de Narcóticos da Polícia Civil de São Paulo) só começam a notificá-lo em 1989.

Fabricado a partir do cloridrato de cocaína dissolvido em água, com a adição de bicarbonato de sódio aquecidos e misturados que quando secos adquiriam a forma de pedras duras e fumáveis, o crack era uma maneira de comercializar a cocaína em pequenas unidades baratas e logo se tornou muito popular.

O dependente químico pode ser considerado um doente crônico já que será sempre dependente, devendo diariamente evitar o consumo, o tratamento se dá de forma contínua e diária .

Reiners et al (2008) lembra que doenças crônicas são caracterizadas por: multiplicidade de fatores de risco complexos e que sua importância reside não somente na extensão de danos físicos causados as pessoas acometidas por elas, mas também no impacto social e psicológicos que provocam.

As autoras citadas acima salientam ainda que por ser invariavelmente longo, um dos problemas que os profissionais de saúde encontram com frequência, na atenção aos doentes é a dificuldade destes em seguir o tratamento de forma regular e sistemática.

A não adesão ao tratamento é vista como falta de interesse para mudar a situação ou como falha de caráter.

O assunto proposto é de grande complexidade e de suma importância já que existe uma tendência mundial que aponta o uso de drogas cada vez mais precoce retirando o jovem de idade produtiva do mercado de trabalho ou de salas de aula, fato que automaticamente o arremetera para situações cada vez mais difíceis, dificilmente este jovem não cairá na marginalidade ou terá apenas subempregos.

Dessa forma percebe-se que é importante conhecer o perfil dos usuários nos aspectos relativos à adesão ao tratamento e/ou seu abandono, pois através dessas informações podem-se criar estratégias específicas para otimização da adesão ao tratamento e para receber estes usuários quando vierem procurar o serviço.

É proposta desta pesquisa, traçar o perfil do usuário, levantar quais as dificuldades para se conseguir a adesão ao tratamento e desta maneira sugerir ações que possam ajudar na mudança desta situação.

## **2 O CRACK**

O crack é obtido a partir da mistura da pasta-base de coca ou cocaína refinada (feita com folhas da planta *Erythroxylum coca*), com bicarbonato de sódio e água.

Este composto quando aquecido a mais de 100°C, passa por um processo de decantação, em que as substâncias líquidas e sólidas são separadas.

O resfriamento da porção sólida gera a pedra de crack, que concentra os princípios ativos da cocaína.

## 2.1 DA COCAÍNA AO CRACK

Provavelmente, as folhas de coca, foram utilizadas por milhares de anos por civilizações anteriores aos incas, sendo que as primeiras notícias que se tem sobre seu uso datam época em que Pizarro conquistou o Peru em 1532, quando os incas mascavam folhas de coca para aumentar a resistência ao frio, à fome e ao cansaço pelo trabalho (COSTA LEITE E ANDRADE, 2009; TERRA FILHO et al., 2004; SILVA, 2006).

Em 1858, Albert Niemann extraiu o alcalóide a partir das folhas da droga, criando o termo cocaína, sendo empregada em vários produtos. Sigmund Freud voltava-se para a análise dos efeitos sistêmicos da droga, sugerindo seu uso no controle de diversas patologias, inclusive como recurso substituto para o tratamento de viciados em morfina (OGA, 1996).

Karl Koller, 1884, utilizou a instilação de cocaína na córnea de animais e pacientes, ficando comprovada a propriedade anestésica local (MARI et al., 2002), e John Stife Pimperton, em 1885, patenteou um tônico cerebral que foi transformado em bebida, surgindo a Coca-Cola (ALBERTSON, 1995).

A euforia era tanta para os efeitos da cocaína que o neurologista italiano Enrique Pizzi chegou a escrever "... Deus é injusto, pois fez o homem incapaz de manter os efeitos da coca durante toda sua vida" (GOLD, 1993).

A folha da coca vem sendo usada há milhares de anos, na América, sendo geralmente mastigada junto com um produto de natureza alcalina, como cal, cinzas, ou uma matéria produzida a partir de certos moluscos (DOMANICO, 2006).

Porém, na última década do século XIX, a euforia social pelo uso da cocaína começa a diminuir, pois aumentam os relatos de dependência, comportamento psicótico, convulsões e mortes (GOLD, 1993).

Na Europa e Estados Unidos, bebidas com mistura de coca foram proibidas por volta de 1914, e a sociedade, percebendo o problema, pressionava as autoridades para tomarem posições mais severas contra o uso da droga. No início da década de 30 seu consumo diminuiu, deixando de ser um problema social (COSTA LEITE e ANDRADE, 2009).

A volta do consumo generalizado de cocaína ocorreu nos anos 70, estando relacionado a alguns fatores como: restrições à comercialização das anfetaminas, reputação (de forma equivocada) da droga como incapaz de causar dependência e ser perfeita para utilizar no meio social devido a sua ação ultracurta (COSTA LEITE E ANDRADE, 2009).

Atualmente o uso de cocaína tem se mostrado um grave problema de uso de drogas ilícitas no mundo.

Em 2003, a “National Survey on Drug Use and Health” mostrou que, nos Estados Unidos, 14,7% da população com 12 anos ou mais já fizeram o uso de cocaína alguma vez em sua vida. Na Europa o número é menor, esta taxa atingiu 5,2% em 2004 (PRINZLE et al., 2004).

O fator responsável por este aumento de consumo foi o surgimento do “crack”, desenvolvido na segunda metade dos anos 80, quando as características da cocaína foram alteradas para poderem ser fumadas (TERRA FILHO et al., 2004).

## 2.2 O INÍCIO DO CRACK

No final dos anos 60 e início dos anos 70, traficantes de cloridrato de cocaína presenciaram o ato de fumar pasta de coca ao visitarem países sul-americanos como Peru, Colômbia e Equador (OLIVEIRA, 2008).

No início da década de 1970 o uso do crack foi descrito pela primeira vez nas grandes cidades norte-americanas e começou a aumentar na década de 1980, a mídia voltou-se para o crack a partir de 1985.

Os intensos efeitos do crack, rápido início e a curta duração do seu efeito, associados à fácil administração, e rápida instalação de dependência tornavam os usuários “fregueses por toda vida”, fato este que garantia o lucro dos traficantes através de uma clientela cada vez maior.

O nome ‘crack’ vem do barulho que as pedras fazem ao serem queimadas durante o uso. A diferença entre a cocaína em pó e o crack é apenas a forma de uso, mas o princípio ativo é o mesmo.

Muitos fatores têm contribuído para o aumento do uso do “crack” nos últimos anos. Entre eles, podemos citar o seu custo mais barato se comparado às outras drogas, a obtenção quase que imediata dos seus efeitos por uma absorção via circulação pulmonar.

Como não há necessidade de material para injetar a droga, com isso diminuindo o risco de relevância dos problemas a ela relacionados, que o uso e a dependência desta droga constituirão o problema sanitário mais grave no campo das toxicomanias (VELASCO et al., 1993).

Como visto o crack não é uma droga nova, mas uma nova via de administração da cocaína. Isto faz diferença quanto à rapidez de ação e por motivos operacionais, pois seu baixo custo torna-a atraente para o consumo.

No começo dos anos 80 a pasta de coca foi transformada numa forma nova chamada base livre, ou pasta base, que permite a volatilização (transformação em vapor) da cocaína, permitindo com que a cocaína pudesse ser fumada.

Os vapores do crack vão para os pulmões e são transportados para a corrente sanguínea mais rapidamente conferindo maior rapidez de sensação psicotrópica, a sensação, contudo é a mesma da cocaína bem como os demais efeitos corrosivos à saúde.

O nome crack é derivado do ruído característico que é produzido pelas pedras quando estão sendo decompostas pelo fumo, pelo estalo que ocorre neste momento.

É considerado uma jogada de marketing, por ser barato alcança classes econômicas antes não atingidas pelo alto custo da cocaína em pó.

A ação do crack é percebida por menos tempo do que a cocaína inalada, mas como inicia muito mais rapidamente e mais intensamente que a cocaína há uma espécie de compensação psicológica pelo efeito.

O crack é mais barato porque há pouca quantidade de cocaína nas pedras. Nesse sentido, o tempo para início de ação do crack é aproximadamente 10 segundos e o tempo de duração são de 5 minutos.

### 2.3 A ROTA DO CRACK

O crack consumido no Brasil é produzido a partir da pasta base da cocaína, que tem como matéria prima folhas do arbusto da coca (*Erythroxylon coca*). Em 2009, a Colômbia foi responsável por 43% do cultivo mundial de coca, seguida por Peru (38%) e Bolívia (19%).

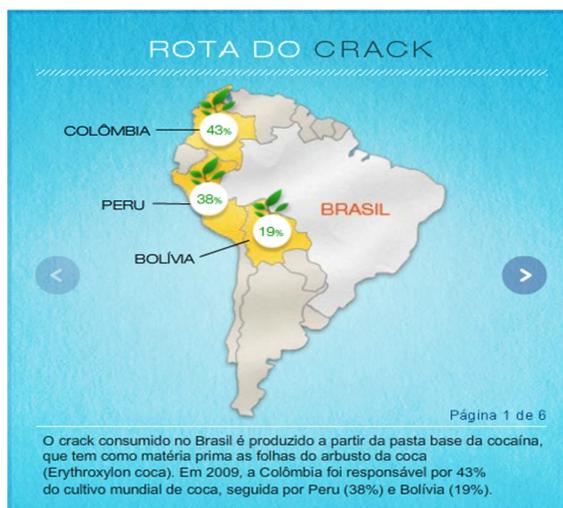


Figura 1 – Lugares de Cultivo de Coca

Fonte: <http://www.medclick.com.br/drogas/rota-do-crack.html>

A coca cultivada nessas plantações vai para instalações clandestinas envolvidas no processamento da planta. Mais 99% dos “laboratórios” de coca localizados no mundo em 2009 estavam nos mesmos três países: Colômbia, Peru e Bolívia. Figura 2.



Figura 2 – Laboratórios

Fonte: <http://www.medclick.com.br/drogas/rota-do-crack.html>

A pasta-base de cocaína produzida na Colômbia entra no País pelas fronteiras com Acre, Roraima e Amazonas, por barco ou avião. A divisa com o Paraguai também é usada pelos colombianos, especialmente vias aéreas e terrestres. Figura 3.



Figura 3 – Instalações Clandestinas

Fonte: <http://www.medclick.com.br/drogas/rota-do-crack.html>

Segundo dados do departamento da policia federal, a droga proveniente do peru também passa por Acre, Roraima e Amazonas, Peru e Bolívia utilizam, ainda a fronteira com o Pantanal, levando a droga por via aérea e terrestre para o Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Figura 4.



Figura 4 – Rota do Crack

Fonte: <http://www.medclick.com.br/drogas/rota-do-crack.html>

Das regiões de fronteira, a droga segue para dois destinos. Portos e aeroportos brasileiros escoam a pasta de coca para o mercado externo, principalmente Europa e EUA, embarcada em veleiros, navios e “mulas” (intermediários que levam a droga em bagagens ou no próprio corpo). Figura 5.



Figura 5 – Meios de Escoamento

Fonte: <http://www.medclick.com.br/drogas/rota-do-crack.html>

A droga também é distribuída no mercado interno para “laboratórios” clandestinos que a transformam no produto final. O crack, produzido a partir da pasta de coca, é fabricado principalmente nas regiões Sul e Sudeste, nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Paraná e Rio Grande do Sul. Figura 6.



Figura 6 – Fabricação

Fonte: <http://www.medclick.com.br/drogas/rota-do-crack.html>

O consumo de crack tem avançado consideravelmente não apenas nas grandes capitais, mas também nas cidades do interior do Brasil. Segundo especialistas, os números apontam para uma possível epidemia do subproduto da cocaína.

### 2.3.1 O Crack nos EUA

A história do crack está diretamente relacionada com a da cocaína, droga que surgiu nos anos 60 e que, na época, era grandemente consumida por grupos de amigos, em um contexto recreativo. No entanto, a cocaína era uma droga cara, apelidada de “a droga dos ricos”. Esse foi o principal motivo para a criação de uma “cocaína” mais acessível.

De fato, a partir da década de 70 começaram a misturar a cocaína com outros produtos e conforme outros métodos. Foi assim que surgiu o crack, obtido por meio do aquecimento de uma mistura de cocaína, água e bicarbonato de sódio. Na década de 80, o crack se tornou grandemente popular, principalmente entre as camadas mais pobres dos Estados Unidos.

BRASIL (2004) reforça que o crack surgiu nos Estados Unidos na década de 1980 em bairros pobres de Nova Iorque, Los Angeles e Miami.

O baixo preço da droga e a possibilidade de fabricação caseira atraíram consumidores que não podiam comprar cocaína refinada, mais cara e, por isso, de difícil acesso (BRASIL, 2004).

Neste primeiro momento da história do crack o perfil da população usuária é o jovem, pobre, usuário de outras drogas.

Ainda na década de 1980 ocorreu a alarmante pandemia da AIDS e a estes jovens, atraídos pelo custo da droga, juntaram-se usuários de cocaína injetável, que viram no crack uma opção com efeitos igualmente intensos, porém sem risco de contaminação pelo vírus da AIDS, que se tornou o grande problema da época.

### **2.3.2 O Crack no Brasil**

O consumo de crack tem avançado consideravelmente não apenas nas grandes capitais, mas também nas cidades do interior do Brasil. Segundo especialistas, os números apontam para uma possível epidemia do subproduto da cocaína.

Segundo estudo dos pesquisadores Solange Nappo e Lúcio Garcia de Oliveira, ambos da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), o primeiro relato do uso do crack em São Paulo aconteceu em 1989.

A prevalência do uso de crack aumentou de 5,2% antes de 1989 a 65,1% no período entre 1995-1997, conforme notificações Centro de Controle de Intoxicações e Centro de Assistência Toxicológica da cidade de São Paulo (OLIVEIRA, 2008).

Oliveira (2008) acredita que outro indicador epidemiológico a respeito do uso de crack na cidade de São Paulo, na época de seu aparecimento, foi o número de apreensões da droga pela polícia.

A primeira apreensão de crack, com análise nos laboratórios do Serviço Técnico de Toxicologia Forense (STTF), aconteceu no ano de 1991 (OLIVEIRA, 2008).

Este número progrediu de 204 registros em 1993 para 1906 casos no ano de 1995 (o que levou a OMS a incluir o Brasil entre os *países em que o uso de cocaína e problemas decorrentes causam preocupação crescente* (WHO, 1992).

Estudo recente realizado em Salvador, São Paulo, Porto Alegre e no Rio de Janeiro detectou um aumento do número de usuários de crack em tratamento ou internados em clínicas para atendimento a dependentes de álcool e drogas.

Em Minas Gerais, municípios de médio porte, como Governador Valadares, Montes Claros, e Uberaba, apresentam a três anos índices elevados de homicídios entre jovens que coincidem com o aumento das apreensões de crack.

Segundo Luís Sapori, coordenador do Centro de Estudos e Pesquisas em Segurança Pública da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), a droga também está presente há 10 anos em toda a região metropolitana de Belo Horizonte.

No Distrito Federal, pontos de comercialização estão espalhados por praticamente todas as cidades satélites. A venda acontece também na região central da cidade, próximo à Esplanada dos Ministérios.

Em meados da década de 1990, usuários de cocaína e crack eram responsáveis por menos de um quinto da procura em serviços ambulatoriais relacionados a drogas ilícitas. Hoje eles respondem por 50% a 80% da demanda.

Nos últimos anos, o crack também começou a ganhar terreno entre grupos com rendimentos mais elevados, apesar de a droga ainda ser mais comum entre as classes de baixa renda.

A persistência do crack por mais de 10 anos em contexto brasileiro, em despeito a todos os esforços empregados à sua erradicação, fez-nos perceber a mudança do perfil do usuário de crack associado ao desenvolvimento de formas alternativas de uso (OLIVEIRA, 2008).

Mais especificamente quanto ao padrão de uso, e relatos informais têm demonstrado que, a exemplo dos EUA, o uso exclusivo de crack caiu por terra, de tal forma que o uso concomitante de outras drogas está incorporando-se à cultura. (NAPPO et al, 1999).

## 2.4 AÇÃO NO ORGANISMO

Os efeitos do uso do “crack” no trato respiratório incluem os efeitos diretos pelos vapores e seus produtos de combustão, em adição aos efeitos farmacológicos da cocaína na superfície respiratória (LAPOSATA E MAYO, 1993).

Os efeitos pulmonares por ação direta da droga incluem uma hiperatividade aérea com um aumento da permeabilidade do epitélio alveolar, aumento da permeabilidade dos capilares alveolares e uma vasoconstrição. O edema pulmonar tem uma relação indireta com a bomba cardíaca através de uma falência ventricular esquerda (LAPOSATA E MAYO, 1993).

Consequências dos efeitos devido ao uso do crack:

- **Boca:** Porta de entrada da droga e sofre com queimaduras, inflamações na gengiva, cáries e perda de dentes.

- **Sistema digestivo:** Como o organismo passa a trabalhar em função da droga, o dependente não tem vontade de comer e emagrece muito rápido. Por isso, fica desnutrido. Úlceras gástricas e diarreias também são frequentes.

- **Sistema reprodutor:** Quem usa crack fica mais exposto a comportamentos sexuais de risco. Pesquisa da Unicamp com 252 usuários de cocaína e crack mostrou que 20% tinham o vírus HIV e 67% dos entrevistados nunca usaram preservativo nas relações sexuais. O dependente pode perder o interesse por sexo ou apresentar impotência. No momento da fissura, alguns usuários podem manter relações sexuais desprotegidas para conseguir dinheiro para comprar crack ou mesmo recebem crack como pagamento de relações sexuais.

- **Dedos:** De tanto acender o cachimbo de crack, muitos queimam os dedos a ponto de deformá-los, apresentam também cortes nas mãos causados pelo ato de quebrar as “pedras” para uso.

- **Cérebro:** O uso crônico leva a danos cerebrais. A droga compromete a atenção, a fluência verbal, a memória e as capacidades de aprendizagem, concentração e planejamento. Paranóias também são comuns. Quando ouve um barulho, o dependente pode pensar tratar-se de um helicóptero que o está perseguindo, por exemplo. Surtos psicóticos, perda de valores éticos e agressividade são outros comportamentos observados.

Brasil (2008) percebe que a droga age na região frontal do cérebro e inibe a recaptura de neurotransmissores pelos receptores pré-sinápticos.

Substâncias como dopamina, noradrenalina e serotonina responsáveis pelo pensamento, planejamento, controle dos impulsos, sensação de prazer e poder, por exemplo, ficam acumuladas nos receptores pós-sinápticos (BRASIL, 2005).

O uso contínuo da droga leva a saturação dos receptores pós-sinápticos. Com isso é necessário aumentar as doses da droga para obter os mesmos efeitos, o que leva o usuário ao uso compulsivo (BRASIL, 2004).

- **Pulmões:** São os primeiros órgãos expostos às substâncias do crack. Tosse por irritação dos brônquios e chiados no peito pode aparecer dentro de minutos ou após várias horas de uso. Há casos de edema pulmonar.

Os problemas respiratórios mais comuns são: tosse (presente em até 61% dos casos), dor no peito com ou sem falta de ar, escarro com presença de sangue (relatado por 26% dos pacientes) ou enegrecido e piora de asma (BRASIL, 2004).

- **Sistema cardiovascular:** São comuns sintomas de taquicardia, aumento da pressão arterial e até arritmias, especialmente quando a droga é combinada com álcool. Isso pode levar a um acidente vascular cerebral (AVC) ou a um infarto agudo do miocárdio, mesmo em pessoas jovens.

BRASIL (2004) entende que uso do crack provoca o aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, podendo ocorrer isquemias e infartos agudos do coração.

A ocorrência de isquemia não está relacionada à quantidade consumida, a via de administração ou a frequência de uso. Há ainda o risco de arritmias cardíacas e problemas do músculo cardíaco (BRASIL,2004).

O uso do crack prejudica as habilidades envolvidas com a função executiva e com a atenção. Alterando a capacidade de solução de problemas, a flexibilidade mental e o de processamento de informações.

Os efeitos neurológicos e psicológicos do crack causam danos às funções mentais, como à memória, atenção e concentração, efeitos estes que prejudicam o aprendizado em sala de aula (BRASIL, 2004).

#### **2.4.1 Sinais de dependência**

A dependência química é uma síndrome caracterizada pela perda do controle do uso de determinada substância psicoativa, como por exemplo, o crack.

Os agentes psicoativos atuam sobre o sistema nervoso central, provocando sintomas psíquicos e estimulando o consumo repetido dessa substância.

Considerada uma doença, a dependência química apresenta os seguintes sintomas:

- Tolerância: necessidade de aumento da dose para se obter o mesmo efeito;
- Crises de abstinência: ansiedade, irritabilidade, insônia ou tremor quando a dosagem é reduzida ou o consumo é suspenso;
- Ingestão em maiores quantidades ou por maior período do que o desejado pelo indivíduo;
- Desejo persistente ou tentativas fracassadas de diminuir ou controlar o uso da substância;
- Perda de boa parte do tempo com atividades para obtenção e consumo da substância ou recuperação de seus efeitos;

- Negligência com relação a atividades sociais, ocupacionais e recreativas em benefício da droga;
- Persistência na utilização da substância, apesar de problemas físicos e/ou psíquicos decorrentes do uso.

A dependência química é uma das doenças psiquiátricas mais frequentes da atualidade segundo o 1º Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no país, realizado em 2001 pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

O estudo revelou que quase 20% dos entrevistados já haviam experimentado alguma droga que não álcool ou tabaco. Entre elas, destacaram-se a maconha (6,9%), os solventes (5,8%) e a cocaína (2,3%).

É preciso observar que, nos últimos 10 anos, houve uma mudança no consumo da cocaína. Em alguns centros de atendimento a adictos, como o Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREA), do Hospital das Clínicas da USP, diminuiu o número de pacientes que injetam cocaína, ao passo que aumentou a quantidade de usuários do crack.

Essa apresentação da cocaína atinge o sistema nervoso central de maneira mais rápida e intensa que a droga aspirada. A taxa de complicações associadas ao uso é maior, porque o crack rapidamente gera uma dependência grave e de difícil tratamento (MALBERGIER, 2009).

### **3 A SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 90.

A finalidade do SUS é regular e organizar em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual.

São princípios do SUS o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa.

O princípio de controle social do SUS merece destaque, na medida em que impulsiona o desenvolvimento e a autonomia dos usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde coletiva.

Nesse sentido, os Conselhos e as Conferências de Saúde desempenham papel fundamental na conformação do SUS, no ordenamento de serviços e ações e no direcionamento dos recursos e receita a ele destinado.

A partir deste posicionamento e princípios basilares, a rede de atenção à saúde mental, é composta por:

- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);
- Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais.

Caracterizam-se por ser de natureza essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica.

O papel dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, assim como das Conferências de Saúde Mental, é por excelência garantir a participação dos trabalhadores, usuários de saúde mental e seus familiares nos processos de gestão do SUS, favorecendo assim o protagonismo dos usuários na construção de uma rede de atenção à saúde mental.

De fato, são as Conferências Nacionais de Saúde Mental, e em especial a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, que consolidam a Reforma Psiquiátrica como política oficial do SUS e propõem a conformação de uma rede articulada e comunitária de cuidados para as pessoas com transtornos mentais.

### 3.1 PRIMÓRDIOS DA SAÚDE MENTAL

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos.

Na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que

passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Neste período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontínuo. As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS.

Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos.

Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos.

### 3.2 DO PERÍODO COLONIAL A ATUALIDADE

Othon Bastos afirma em tom jocoso que a história oficial da psiquiatria no Brasil teve início com a chegada da família real portuguesa no Rio de Janeiro, em 1808, trazendo a bordo, “engaiolada” a rainha D.Maria I.

Sua alteza havia sido considerada insana e afastada de suas funções pelo médico da corte, o pernambucano José Correia Picanço, primeiro Barão de Goiana, fundador dos cursos médicos no país (BASTOS, 2007).

No Brasil colonial a assistência aos doentes psiquiátricos acontecia de forma bastante precária. Era comum naquele período os cuidados serem prestados por curandeiros e sacerdotes (MIRANDA-SÁ JR 2005).

Os médicos formados eram raríssimos, e mesmo os cirurgiões e barbeiros licenciados dificilmente eram encontrados, a não ser em centros maiores e serviam principalmente pessoas importantes (MIRANDA-SÁ JR 2005).

SÁ JUNIOR (2005) percebe ainda que neste período não havia especialistas em psiquiatria, mas os hospitais da Irmandade da Santa Casa abrigavam e tratavam os enfermos mais necessitados.

Durante todo o período colonial quando se fala em saúde mental sempre se lembra que estas pessoas eram acolhidas e abrigadas em péssimas condições sanitárias.

Somente no final do século XVIII e início do século XIX com o avanço do conhecimento científico e da consciência social, que a medicina começou a tomar a forma atual (MIRANDA-SÁ JR 2005).

Neste momento, de uma forma muito tímida começa-se a olhar o paciente mental de uma forma melhor, percebendo-o como um doente e não somente como um problema.

SÁ JUNIOR (2005) compartilha que no plano político, com a Revolução Francesa, e os avanços científicos relacionados com a Revolução Industrial, foram influências desse processo. Para o autor foi neste momento que a assistência para os doentes mentais se tornou médica.

Este modelo surgiu na França, com a reforma patrocinada por Pinel e instituída por Esquirol e a partir dele ocorreram mudanças importantes na assistência psiquiátrica em todo o mundo ocidental.

No Brasil, também foi aí que nasceu a assistência psiquiátrica pública, já reformada segundo os valores da época (MIRANDA-SÁ JR 2005).

Segundo Paulim e Turato (2004) a instituição psiquiátrica particular mais antiga do país é a Casa de Saúde Dr. Eiras, criada pelo médico otorrinolaringologista Francisco Eiras, na cidade do Rio de Janeiro, em 1860.

Além do setor de especialidade de seu fundador, o hospital dispunha de uma área de cirurgia e outra destinada a doentes mentais. A área de psiquiatria iniciou com 40 leitos, com diárias diferenciadas, incluindo, para os mais abonados, entre outras benesses, direito a um copo de vinho às refeições.

O Hospício do Rio de Janeiro foi inaugurado como parte da comemoração da Declaração da maioridade do Imperador Pedro II e já nasceu moderno, pois seguiu o recém-instituído modelo francês e serviu de paradigma para os demais que o seguiram (MIRANDA-SÁ JR 2005).

Era um marco na história da saúde mental do Brasil, o hospício seria cenário para tristes episódios de angústias e sofrimento.

Os prédios majestosos, a falta de recursos e a pobreza de sua clientela determinaram sua deterioração e declínio, ainda que o aumento da população enferma exigisse a expansão do sistema, com a ampliação de suas unidades (MIRANDA-SÁ JR 2005).

Entre os anos 20 e 30 do século XX, deu-se o primeiro esforço de reforma: Juliano Moreira e Ulisses Pernambucano foram os primeiros artífices (MIRANDA-SÁ JR 2005).

ULISSES (2005) diferenciou os serviços de psicóticos agudos dos crônicos, instituiu um serviço aberto para tratamento em regime de pensão livre, criou um sistema de educação

especial e um serviço de saúde mental. Mas não viveu o bastante para ver prosperar sua obra nem para assistir à degradação de sua criação (MIRANDA-SÁ JR 2005).

Este avanço idealizado por Ulisses Pernambuco e Juliano Moreira resultou na divisão da assistência psiquiátrica pública em duas: a assistência patrocinada pelo Estado e aquela mantida pela previdência social pública (MIRANDA-SÁ JR 2005).

Este tipo de assistência se multiplicou movida única ou predominantemente pela busca de lucro. O doente mental se transformou em uma fonte inesgotável de lucro para empresários que viviam dessa condição (MIRANDA-SÁ JR 2005).

Paulim e Turato afirmam que o período de 1941 a 1961 caracterizou-se pelo crescimento vegetativo tanto dos hospitais psiquiátricos públicos quanto dos privados.

Relatam que em 1941 o Brasil possuía 62 hospitais psiquiátricos, sendo 23 públicos (37,1%) e 39 privados (62,9%). Estes últimos, embora em maior número, representavam apenas 19,3% dos leitos psiquiátricos, enquanto que os públicos detinham 80,7%.

A função social do hospital psiquiátrico era basicamente de exclusão. A sociedade, entretanto, se modernizava. Juscelino Kubitschek assumira o poder, implantando uma política de industrialização, urbanização e desenvolvimento (PAULIM E TURATO, 2004).

A democracia liberal atingia o apogeu e surgia uma nova classe social urbana, corporativa, crítica e reivindicadora, que exigia melhor qualidade de atendimento na área de saúde, inclusive na de saúde mental (PAULIM E TURATO, 2004).

A população em geral imaginava que essa melhor qualidade no atendimento seria atingida através do tratamento em instituições privadas.

Paulim e Turato notam que em 1961 o Brasil já possuía 135 hospitais psiquiátricos, sendo 54 públicos (40%) e 81 privados (60%). Notava-se, no entanto, um crescimento de 24,9% dos leitos psiquiátricos privados e uma diminuição de 75,1% dos leitos públicos.

Nos anos 50 e 60, esses recursos se multiplicaram, principalmente em unidades sanitárias e como anexos de hospitais psiquiátricos públicos. A principal crítica a esse sistema era a manutenção da segregação do enfermo e da enfermidade psiquiátrica, além dos cuidadores da rede de assistência (MIRANDA-SÁ JR 2005).

Os Colóquios de Psiquiatria Assistencial e Preventiva que se davam nos congressos da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e da Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Brasil testemunharam esse esforço, que não foi adiante porque o Estado Brasileiro era decididamente privatista nessa área (MIRANDA-SÁ JR 2005).

Em 1966 Luiz Cerqueira denunciava, em seu trabalho 'Pela reabilitação em psiquiatria', a situação de cronicidade dos doentes mentais (PAULIM E TURATO, 2004).

Representando o setor dos prestadores privados de saúde em geral e da psiquiatria em particular, naquele mesmo ano foi fundada a Federação Brasileira de Associações de Hospitais, que na década de 1970 passaria a ser denominada Federação Brasileira de Hospitais (PAULIM E TURATO, 2004).

Os empresários do setor privado viam na psiquiatria uma área de serviço de fácil montagem, sem necessidade de tecnologia sofisticada ou pessoal qualificado (PAULIM E TURATO, 2004).

Ao deixar a diretoria da SNDM em 1954, Aduino Botelho havia promovido, na sua gestão de 13 anos, um aumento de mais 16 mil leitos psiquiátricos no Brasil (PAULIM E TURATO, 2004)

Apesar do crescente número de leitos, estes pacientes eram mantidos em situações caóticas, subumanas,

Na década de 1950 os hospitais públicos viviam em total abandono, apresentando excesso de pacientes internados. Só o Hospital do Juqueri chegava a abrigar cerca de 13 mil doentes (PAULIM E TURATO, 2004).

Paulim e Turato observaram que, apesar do crescimento de leitos privados no período de 20 anos, eles significavam apenas um quarto do total dos leitos psiquiátricos do país.

Notam também que nos números dos 20 anos seguintes (1961 a 1981), percebe-se que o quadro se modificou completamente: em 1981 os hospitais privados eram responsáveis por 70,6% dos leitos, enquanto os hospitais públicos possuíam apenas 29,4%. (PAULIM E TURATO, 2004).

Os empresários do setor privado percebem na situação deteriorada dos hospitais públicos uma oportunidade para lançar o discurso de que grandes hospitais superlotados seriam inadequados para terapia e cura dos doentes, dessa forma o melhor caminho seriam pequenos hospitais ou clínicas, com internação curta, atendimento personalizado e possibilidade de reinserção social, benefícios que segundo eles eram oferecidos nos serviços privados.

Cerqueira, no livro *Psiquiatria social - problemas brasileiros de saúde mental* (1984), demonstrou que o processo de privatização da assistência psiquiátrica, chamado por ele de 'indústria da loucura', estava em marcha acelerada (PAULIM E TURATO, 2004).

No triênio 1965/68, segundo os autores, houve um aumento de 20% no total da população hospitalar (60% na rede particular); 51% de primeiras admissões (84% na particular); 48% no total de readmissões (98% na rede particular); e um crescimento de 45% no total de leitos-chão (1.040% na particular).

O início da década de 1970 se caracterizou, no Brasil, pela crescente influência de propostas que se apresentavam efetivas na Europa e principalmente nos Estados Unidos, por meio da psiquiatria comunitária (PAULIM E TURATO, 2004).

Os mesmos autores afirmam que a partir de então, seria incluída como meta a redução da doença mental na comunidade, enfatizando-se a promoção de um novo objeto de ação: a saúde mental tratada em comunidades.

Em 1970, na cidade de São Paulo, ocorreu o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, promovido pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Durante o evento, foi lançada a Declaração de princípios de saúde mental (PAULIM E TURATO, 2004).

A declaração apresentava dez itens, a saber:

1. Direito e Responsabilidade: A saúde mental é um direito do povo. A assistência a doente mental é responsabilidade da sociedade.
2. Integração: A doença mental, fazendo parte do ciclo vital da saúde e doença, impõe que os serviços de assistência psiquiátrica modelados às necessidades do indivíduo, se insiram e se integrem na rede de recursos de saúde da comunidade.
3. Reorganização: A integração dos fatores físicos, psicológicos e sociais na gênese e na eclosão das doenças mentais, na terapêutica e na recuperação dos doentes mentais, é elemento importante na caracterização das necessidades regionais, na mobilização de recursos e na implantação de serviços.
4. Recursos de todos para todos: Os recursos técnicos, administrativos e financeiros da saúde mental da comunidade devem ser integrados e estruturados de modo a oferecer o uso racional e global a todos os indivíduos e grupos.
5. Prevenção: Os serviços de saúde mental devem promover a proteção e a assistência ao homem, desde o nascimento, e serem orientados no sentido preventivo.
6. Conscientização: A educação do público, seja através da escola, seja através dos veículos de comunicação, deve ser efetivada no sentido de seu esclarecimento a respeito das doenças mentais e de sua assistência.
7. Formação de Pessoal: Programas de recrutamento, formação e treinamento de pessoal técnico devem ser mantidos para a formação de equipes terapêuticas multiprofissionais.
8. Hospital Comunitário: Os hospitais devem ser reestruturados no sentido de promover a pronta reintegração social do indivíduo, oferecendo-lhe serviços diversificados e um ambiente terapêutico dinamicamente comunitário, como medida eficaz contra a institucionalização.
9. Serviços extra hospitalares: As técnicas e recursos terapêuticos de orientação comunitária devem ser enfatizadas para que se evite o uso abusivo do leito hospitalar.
10. Pesquisa: As pesquisas básicas e, sobretudo as aplicadas fundamentalmente para o continuo aperfeiçoamento da técnica, devem ser estimuladas por todos os meios (GIORDANO JR., 1989, p. 141-2).

Em 1968 foi criado, no então estado da Guanabara, a Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos — CPAP-GBM —, cujo objetivo maior era estudar as dificuldades da assistência psiquiátrica no estado (PAULIM E TURATO, 2004).

A comissão formada por profissionais, entre eles Luiz Cerqueira, fez uma minuciosa análise sobre as condições da assistência psiquiátrica, visando à racionalização e a melhoria da qualidade dos serviços (PAULIM E TURATO, 2004).

Segundo Paulim e Turato o relatório deste grupo de trabalho, aprovado em 1970 e publicado no ano seguinte, apresentou um retrato fiel da situação em que se encontrava a assistência psiquiátrica local.

Eles salientam que o setor ambulatorial estava totalmente deturpado, funcionando como encaminhador de laudos para internação, e o hospital deveria ser visto como único agente terapêutico eficaz.

O trabalho desenvolvido pela CPAP-GB repercutiu de tal forma que, em 1971, a mesma comissão foi convidada pela Secretaria de Assistência Médica do INPS para estudar, as bases de uma reformulação da assistência psiquiátrica (PAULIM E TURATO, 2004).

Foi criado um manual, aprovado em 19 de julho de 1973 pela Secretaria de Assistência Médica do INPS, que privilegiava a assistência psiquiátrica oferecida sempre que possível na comunidade (PAULIM E TURATO, 2004).

Essa medida era tomada para evitar internação e quando fosse necessário deveria acontecer próxima à residência do indivíduo com uma ampla e diversificada rede de serviços, evitando-se hospitais com mais de 500 leitos (PAULIM E TURATO, 2004).

Na alta, o paciente seria imediatamente encaminhado para atendimento ambulatorial. Os princípios técnico-administrativos baseavam-se nos conceitos de integração, regionalização, coordenação, descentralização e aperfeiçoamento de pessoal (PAULIM E TURATO, 2004).

A OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde adotam uma postura preventivista. Em outubro de 1972, o Ministério da Saúde, por intermédio de seu titular, o Dr. Mário Machado Lemos, cria um documento que se propunha a nortear os rumos da assistência psiquiátrica para o continente.

O documento, denominado 'Plano decenal de saúde para as Américas', foi elaborado com os demais ministros da Saúde de países latino-americanos em Santiago do Chile (PAULIM E TURATO, 2004).

Este plano previa reestruturação do atendimento básico por meio das atenções primária, secundária e terciária, oferecendo programas assistenciais específicos. Estimulava a formação

de equipes multiprofissionais e serviços extra-hospitalares como ambulatórios, emergências e lares protegidos.

Com a oferta destes serviços alternativos, a internação integral seria feita, como uma última opção, quando necessária, nos hospitais gerais ou psiquiátricos.

O prazo máximo para a internação deveria ser de 180 dias, após este período deveria se proceder à reavaliação por uma junta médica e assim que possível este paciente deveria dar continuidade ao tratamento em serviços ambulatoriais (PAULIM E TURATO, 2004).

Apesar de o manual ter sido recebido como um marco na história da assistência psiquiátrica, a sua viabilidade tanto na questão de recursos humanos como na financeira foram colocadas em questão, o paciente tratado fora do hospital, com acompanhamento médico, medicamentoso, psicológico e terapêutico adequado, significa um custo maior, além disso existia também a resistência da comunidade em receber o paciente na sociedade.

Os maiores opositores do manual foram os empresários do setor psiquiátrico, que defendiam o hospital (principalmente os privados) como órgão principal da assistência psiquiátrica.

Mais que ideológica, a questão econômica pautava esse tipo de argumentação, pois a viabilização de serviços extra-hospitalares poderia funcionar como “filtros administrativos” para as internações asilares, gerando diminuição do faturamento.

O manual nunca saiu das intenções, conforme denunciou Cerqueira.

[...] elaborado oficialmente e aprovado formalmente em 19/7/73, foi sabotado desde o seu primeiro dia e continua letra morta, só para não diminuir os lucros da empresa de saúde nem demonstrar a fragilidade do modelo médico tradicional exclusivo, defendido por outros tantos psiquiatras reacionários encara-pitados nas cátedras, nas cúpulas administrativas e nos ricos consultórios privados. (PAULIM E TURATO, 2004).

Em janeiro de 1974, o Ministério da Saúde, por intermédio da Dinsam, expediu a portaria 32 definindo esta divisão como órgão normatizador e preconizando os princípios doutrinários da psiquiatria comunitária (PAULIM E TURATO, 2004).

Era a reedição de documentos anteriores, como o *Manual de Serviço para Assistência Psiquiátrica*, o Plano Decenal de Saúde para as Américas e as Declarações de Princípios da ABP (PAULIM E TURATO, 2004).

A portaria ratificava a posição do Ministério da Saúde, que se encontrava política e financeiramente enfraquecido, pois o governo de Ernesto Geisel passava por uma crise e a

assistência psiquiátrica perdia sua importância em relação à assistência médica global (PAULIM E TURATO, 2004).

Certamente distúrbios limitantes e crônicos como as doenças mentais não eram vistos como prioridade naquele momento, pois são doenças que requerem tratamentos permanentes com prognósticos limitados.

Em 1971 a assistência psiquiátrica respondia por 8,24% das despesas em assistência médica do INPS; em 1974, correspondia a apenas 5,73%; no início da década de 1980, chegou ao patamar inferior de 4,25% (PAULIM E TURATO, 2004).

A portaria 32 teve o mesmo fim que o manual, ou seja, não foi implementada, mas a portaria 39, de setembro de 1974, conhecida como Plano de Pronta Ação — PPA —, teve destino diferente.

O PPA distinguiu-se pela legalização de uma política de atenção médica curativa e individualizada nos serviços de emergência; trouxe uma perda de controle por parte da Previdência, levando a fraudes das contas hospitalares (PAULIM E TURATO, 2004).

Esse plano trouxe ao setor privado a possibilidade de atendimento direto aos previdenciários e dependentes, dispensando-se uma avaliação prévia do setor público, inclusive nos hospitais psiquiátricos (PAULIM E TURATO, 2004).

Após dois anos de sua implantação, verificou-se uma intensa onda de produção de serviços assistenciais, o que provocou a insolvência da Previdência Social pelo esgotamento dos recursos financeiros e evidenciou uma nova maneira de se fraudar o sistema de atendimento.

Em 1977, na VI Conferência Nacional de Saúde, foi lançado o Plano Integrado de Saúde Mental — Pisam —, do Ministério da Saúde.

Novamente tentava-se restaurar os princípios da psiquiatria comunitária, por meio da qualificação de médicos generalistas e auxiliares de saúde para o atendimento dos distúrbios psiquiátricos no nível primário, isto é, em centros de saúde (PAULIM E TURATO, 2004).

O programa não atingiu a população de egressos de internações psiquiátricas, ou pacientes crônicos que necessitavam de outra abordagem terapêutica. Pouco tempo depois, o Pisam foi desativado sob duras críticas do setor privado (PAULIM E TURATO, 2004).

Na segunda metade da década de 1970, no contexto do combate ao Estado autoritário, emergem as críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo central (TENÓRIO, 2002).

Tenório (2002) salienta que neste período surgem as denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços, de abandono, da violência e dos maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos muitos e grandes hospícios do país.

A crítica não era relacionada à existência de asilos de psiquiatria, mas de seus excessos, desvios e maus cuidados.

Em 1978, é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, o MTSM alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial. (TENÓRIO, 2002).

Apostava-se que o aperfeiçoamento técnico e o gerenciamento honesto e competente dos recursos da ciência médica pela gestão pública resolveriam o problema da má assistência em saúde, inclusive no setor psiquiátrico. (TENÓRIO, 2002).

Para Tenório (2002) a década de 1980 marca a chegada dos protagonistas e do programa do movimento sanitário à gestão efetiva dos serviços e das políticas públicas.

Tenório (2002) reflete que nesse período, o movimento sanitário se confunde com o próprio Estado, as ações ganhavam um cunho institucionalizante, no sentido de aperfeiçoamento tanto da instituição psiquiátrica quanto da gestão pública.

As principais iniciativas do movimento sanitário foram racionalização, humanização e moralização do asilo além de criação de ambulatórios como alternativa ao hospital de internação.

Neste período, a discussão sobre os direitos dos pacientes limitou-se à questão do aperfeiçoamento e da universalização dos dispositivos tradicionais — a ampliação do direito à saúde como questão político-social. (TENÓRIO, 2002).

Produziram-se diagnósticos ao modelo de prestação de serviços no país, caracterizado pela articulação entre a internação asilar e a privatização da assistência: as internações não são feitas exclusivamente nos hospitais públicos (TENÓRIO, 2002).

A maioria delas é realizada em instituições privadas, remuneradas pelo setor público, também chamado setor conveniado ou contratado: hospitais privados que provêm a internação da clientela pública, mediante remuneração do estado (TENÓRIO, 2002).

Os lucros obtidos pelas instituições dependiam de três variáveis: número de pacientes internados, tempo de internação e, por último, gasto da clínica com a manutenção do paciente internado, ou seja, uma internação acompanhada apenas consultas psiquiátricas espaçadas, mais refeições e remédios, seria muito menos dispendiosa que uma internação acompanhada por psicólogo, atividades corporais, lazer assistido etc.

Documentos oficiais produzidos pelas autoridades sanitárias na década de 1980 observavam com propriedade o caráter perverso da relação entre poder público, rede privada e modelo asilar. (TENÓRIO, 2002).

O Plano Conasp de Psiquiatria, divulgado pelo INAMPS em 1983, apontava o “sinergismo entre o modelo assistencial, a modalidade da contratação dos serviços e a baixa eficiência do controle de qualidade exercido pelo Inamps”. (TENÓRIO, 2002).

A Proposta de Política de Saúde Mental da Nova República, de 1985, mostrava que nos dez ou 15 anos anteriores não mudara a política de financiamento de internações: dos recursos em serviços psiquiátricos, 81,96% destinavam-se à área hospitalar, e 4%, à assistência ambulatorial. (TENÓRIO, 2002).

A década de 1980 assistiu a três processos do movimento da reforma: a ampliação dos atores sociais, a iniciativa de reformulação legislativa e experiências institucionais de um novo tipo de cuidados em saúde mental. (TENÓRIO, 2002).

### 3.3 ANTECEDENTES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Nos anos 1960, o debate sobre a necessidade de mudanças na assistência e propostas desenvolvidas na Europa, como a psiquiatria preventiva e comunitária, expandiram os serviços intermediários; e as comunidades terapêuticas (BORGES E BAPTISTA, 2008).

A proposta preventivista que começava a surgir na política de saúde mental em nosso país trouxe em si contradições, avanços e retrocessos, os quais se tornariam mais aguçados no final dos anos 1970 (PAULIM E TURATO, 2004).

Os autores acreditam que neste período a reorganização da sociedade civil, o enfraquecimento do governo militar, novas reflexões da saúde pública e da saúde mental, viriam gestar os primórdios da reforma psiquiátrica no Brasil (PAULIM E TURATO, 2004).

Só em 1978 começa a ser constituído o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro, ganhando expressão o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) (BORGES E BAPTISTA, 2008).

Os trabalhadores da saúde num primeiro momento incorporam críticas ao hospitalocentrismo, e fazem denúncias relacionadas às más condições de trabalho e de tratamento e à privatização da assistência psiquiátrica, marcando sua entrada no aparelho público e revelando a sociedade o que acontecia nos bastidores, foram de extrema importância a Reforma.

Em aliança com o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), articulador político-ideológico da reforma sanitária, o MTSM fortaleceu seu discurso técnico e desenvolveu sua postura política. (BORGES E BAPTISTA, 2008).

O MTSM acredita na desconstrução manicônia e todo aparato disciplinar, institucional, ideológico, técnico, jurídico, que lhe confere sustentação, e em 1987, adota o lema “por uma sociedade sem manicômios”, que alimenta novas propostas de cuidado na I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) (BORGES E BAPTISTA, 2008).

Uma experiência desenvolvida em Santos em 1989, merece ser destacada, foi implantada uma rede essencialmente pública de atenção territorial, de caráter substitutivo ao hospital e composto de uma estrutura complexa, capaz de responder a qualquer tipo de demanda psiquiátrico-psicológica e de caráter social.

No mesmo ano é apresentado pelo Deputado Paulo Delgado, o Projeto de Lei nº. 3.657/89, dispondo “sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais” (BORGES E BAPTISTA, 2008).

Num contexto de rediscussão do papel do Estado na saúde, de redemocratização e de desenvolvimento dos ideais da reforma sanitária, a Constituição Federal, de 1988, institui o Sistema Único de Saúde (SUS) e seu processo de implementação inicia-se com as Leis nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. (BORGES E BAPTISTA, 2008).

O SUS tem como princípios – universalização, integralidade, descentralização e participação popular.

Criam-se condições de possibilidade para a instituição no Ministério da Saúde, em 1991, da Coordenação Nacional de Saúde Mental, instância inédita no Brasil, responsável pela formulação e implementação política na área (BORGES E BAPTISTA, 2008).

Ainda em 1991 a Coordenação Nacional de Saúde Mental e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) patrocinaram um encontro para construção um documento de referência para a política a ser adotada no Brasil (BORGES E BAPTISTA, 2008).

Apresentou-se a necessidade urgente de superar uma assistência de má qualidade, de alto valor financeiro e social, que superasse o modelo iatrogênico através da diversificação dos recursos terapêuticos com financiamento dos mesmos e equacionamento da questão saúde mental como problema do município (BORGES E BAPTISTA, 2008).

Foi salientada a questão do resgate da cidadania, e em apoio ao Projeto de Lei nº. 3.657/89, do Deputado Paulo Delgado, buscava-se desvincular a internação da interdição civil, além de possibilitar ao portador de transtorno mental a participação na condução de seu tratamento e uma vida ativa (BORGES E BAPTISTA, 2008).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

Somente neste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos.

Na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, entram em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

O processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontínuo. As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS.

Desde 1999, foram realizadas denúncias através dos meios de comunicação, pelos profissionais da área de saúde mental e pelos familiares dos pacientes, de maus tratos e negligência em hospitais psiquiátricos, estas denúncias foram ganhando espaço na mídia e levando a forte comoção da sociedade.

Uma questão de tamanha visibilidade, cobrada por um movimento social atuante, requeria uma resposta urgente do Ministério da Saúde, que foi a publicação da GM nº. 799/00, que retoma a linha de atuação da desospitalização com outra conotação, mais próxima da avaliação de toda a sociedade envolvida no movimento. (BORGES E BAPTISTA, 2008).

Produzida no curto intervalo entre a entrada de um coordenador e a saída de outro, essa portaria instituiu o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental. (BORGES E BAPTISTA, 2008).

O grupo de avaliação conta com um representante da Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, que neste ano realizou a I Caravana Nacional de Direitos Humanos, em hospitais psiquiátricos do país, e retomou a discussão do Projeto de Lei da reforma psiquiátrica. (BORGES E BAPTISTA, 2008).

Em 2000, um novo Coordenador de Saúde Mental, militante da reforma psiquiátrica e do Partido dos Trabalhadores (PT), envolvido com a formulação do Projeto de Lei nº. 3.657/89 assume o cargo num contexto da gestão ministerial e do governo do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). (BORGES E BAPTISTA, 2008).

Isso ilustra que a escolha do novo coordenador é norteada principalmente pelo seu perfil técnico e pelo seu envolvimento histórico com os movimentos sociais que embasam a reforma psiquiátrica brasileira. (BORGES E BAPTISTA, 2008).

A primeira portaria dessa coordenação, GM nº. 1.220/00 faz a inclusão na tabela SIA do Serviço Residencial Terapêutico e do código para cuidador em saúde, sendo a segunda portaria dessa linha de atuação que será seguida por apenas mais uma em 2001: GM nº. 175/01 (BORGES E BAPTISTA, 2008).

Esse dispositivo assistencial inaugura, para a saúde mental, o uso do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC). Criado a partir de algumas alterações da NOB de 1996, o FAEC é parte do Ministério da Saúde de arregimentar maior fonte de recursos e tem sido empregado em ações de indução de modelo assistencial (BORGES E BAPTISTA, 2008).

Duas portarias em 2001 retomam a linha de atuação da AIH: SAS nº. 111/01 e GM nº. 469/01

Esta segunda foi gestada fora da Coordenação Nacional de Saúde Mental e propõe um mecanismo de classificação hospitalar perverso de acordo com a quantidade de internação paciente/mês (BORGES E BAPTISTA, 2008).

O ano de 2001 é marcado por dois eventos para a política de saúde mental: a aprovação, da Lei nº. 10.216, a lei da reforma psiquiátrica; e a realização da III CNSM, com propostas variadas e conflitantes, voltadas para inovação do modelo assistencial e expansão da rede de serviços alternativos (BORGES E BAPTISTA, 2008).

Esse processo deixa marcas através das portarias produzidas no momento seguinte: a maioria delas tem ligação direta com o relatório da III CNSM ou com seminários que passaram a ser mais frequentemente organizados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental (BORGES E BAPTISTA, 2008).

### 3.4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

AMARANTE (1995) lembra que Pinel já afirmava: “Em geral é tão agradável, para um doente, estar no seio da família e aí receber os cuidados e as consolações de uma amizade tenra e indulgente.”

Pinel ainda complementa – “enuncio penosamente uma verdade triste, mas constatada pela experiência repetida, qual seja, a absoluta necessidade de confiar os alienados a mãos estrangeiras e de isolá-los de seus parentes” (AMARANTE, 1995).

Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos.

Somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país.

A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo.

Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.

A criação de Linhas específicas de financiamento pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país.

A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente.

Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”.

O Programa "De Volta Para Casa", criado pelo Ministério da Saúde, é um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, segundo critérios definidos na Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial. Esta estratégia vem ao encontro de recomendações da OPAS e OMS para a área de saúde mental com vistas a reverter gradativamente um modelo de atenção centrado na referência à internação em hospitais especializados por um modelo de atenção de base comunitária, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária. (BRASIL, 2005)

O programa tinha por objetivo contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem

estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania. (BRASIL, 2005)

Os documentos que regulamentam o Programa de Volta para Casa são:

- a) Lei no 10.708, de 31 de julho de 2003.
- b) Portaria nº 2077/GM, de 31 de outubro de 2003.

O benefício consistia no pagamento mensal de auxílio-pecuniário, no valor de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) ao beneficiário ou seu representante legal, com duração de 01 (um) ano. (BRASIL, 2005)

Podendo ser renovado, a partir da avaliação de equipe municipal e de parecer da Comissão de Acompanhamento do Programa De Volta Para Casa (CAP-SES e CAP-MS), e tendo como objetivo apoiar e acompanhar o beneficiário no seu processo de reabilitação psicossocial. (BRASIL, 2005)

São responsabilidades dos gestores do SUS com o Programa "De Volta Para Casa":

#### I- No âmbito municipal:

- ser responsável pela atenção integral em saúde e assegurar a continuidade de cuidados em saúde mental, em programas extra-hospitalares, para os beneficiários do programa;
- selecionar, avaliar, preencher e encaminhar ao Ministério da Saúde informações cadastrais necessárias para inclusão dos beneficiários no Programa;
- acompanhar os beneficiários inseridos no programa.

#### II- No âmbito estadual:

- acompanhar as ações dos municípios vinculados ao programa;
- confirmar o município como apto a se inserir no programa;
- analisar os recursos provenientes das solicitações indeferidas pelos municípios;
- ter papel articulador entre os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e o município, quanto da indicação de pessoas daquelas instituições, em condições de serem beneficiadas pelo programa.

#### III- No âmbito federal:

- cadastrar os beneficiários do municípios habilitados no programa por portaria;
- organizar e consolidar os cadastros dos beneficiários e dos municípios inseridos no programa;
- zelar pelo monitoramento e avaliação do programa;
- definir critérios de prioridade de inclusão de beneficiários por municípios;
- julgar os recursos provenientes do âmbito municipal ou estadual;

- processar mensalmente folha de pagamento dos beneficiários do programa;
- constituir Comissão Gestora do Programa de Volta para Casa. (BRASIL, 2005).

O período caracteriza-se por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro.

É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal e, ao final de 2004, os recursos gastos com os hospitais psiquiátricos passam a representar, cerca de 64 % do total dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental representando um valor expressivo.

Merece destaque a realização, ao final do ano de 2001, em Brasília, da III Conferência Nacional de Saúde Mental e a participação de usuários e familiares, que tem suma importância no tratamento.

As etapas municipais e estaduais envolvem cerca de 23.000 pessoas, com a presença ativa de usuários dos serviços de saúde e de seus familiares, e a etapa nacional conta com 1.480 delegados, entre representantes de usuários, familiares, movimentos sociais e profissionais de saúde.

Durante todo o processo de realização da III Conferência e no teor de suas deliberações, condensadas em Relatório Final, é inequívoco o consenso em torno das propostas da Reforma Psiquiátrica, e são pactuados democraticamente os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil que neste momento já estava acontecendo.

Desta forma, a III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como à garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

É a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que fornece os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil.

## 4 TRATAMENTO

O tratamento para o crack e outras drogas, segundo a Política Nacional sobre Drogas (2005), é feito através das UBS , CAPS AD, comunidades terapêuticas, hospitais gerais e psiquiátricos, casas de apoio, entre outras , integrados ao SUS e Sistema Único de Assistência Social para o usuário e seus familiares, com distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros (NORTICURI,2010).

Na prática assistencial aos usuários de drogas deve-se ter compreensão de que estas pessoas adoececeram e requerem ajuda, não portam defeito moral e não devem ser rejeitadas ou punidas ou julgadas principalmente pelos profissionais de saúde (MOMBELLI et al, 2010).

Por primeiro, atendendo as políticas publicas de saúde, necessário se faz esclarecermos o papel do SUS, instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, é fruto do Estado democrático e cidadania plena como papel fundamental determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever de Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988, portanto o paciente tem o direito de receber o tratamento adequado e o estado tem o dever de oferecer este tratamento.

### 4.1 ADESÃO AO TRATAMENTO

O abuso de substâncias ilícitas ou não se transformou em um grave problema de saúde pública em praticamente todos os países do mundo sendo o crack, um subproduto da pasta base de cocaína, uma substância de alta prevalência.

Durante o consumo o crack é absorvido pela mucosa oral, nasal e pulmonar e seu uso pode desencadear graves sintomas de agressividade e psicose, é capaz de causar dependência física e psicológica após o uso de poucas doses.

O dependente químico é de forma geral marginalizado, visto como um problema para a comunidade e um transtorno para a família, a sociedade tem dificuldade para percebê-lo como um doente que precisa de cuidados, e o próprio doente demora a notar que necessita de ajuda.

Scaduto e Barbieri (2008) apontam que a promoção da adesão ao tratamento da dependência química tem se mostrado um desafio em diversos contextos. Lembram ainda que a adesão ao tratamento apresenta vários desafios e ressaltam a importância de se criar uma relação de confiança entre pacientes e profissionais.

Nesse sentido, o dependente químico pode ser considerado um doente crônico já que será sempre dependente, devendo diariamente evitar o consumo, o tratamento se dá de forma contínua.

O processo que denominamos reforma psiquiátrica brasileira é novo, data de pouco mais de vinte anos e teve como princípio fundamental o reclame da cidadania e dos direitos éticos e morais do intitulado “louco”, cobrando atitudes políticas, administrativas, técnicas e teóricas.

Ao se definir que o lócus da intervenção deixa de ser a instituição psiquiátrica e passa a ser a comunidade, produz-se a tendência de psiquiatrização do social, em que o psiquiatra ‘controla’ os agentes não-profissionais, como vizinhos, líderes comunitários, agentes religiosos, etc.(TENORIO, 2002).

Propõe-se, hoje, um tratamento que mantenha o paciente na comunidade e faça disso um recurso terapêutico, ao contrário de normalizar o social, propõe-se que é possível ao louco, tal como ele é, habitar o social (TENORIO, 2002)

Fazer da rede social de suporte um instrumento de aceitação da diferença, e não de normalização do social, esta é a perspectiva oposta à de alargamento dos poderes de regulação do social pela psiquiatria, embutida no programa comunitário da prevenção (TENORIO, 2002)

Portanto, assim como a noção de saúde mental, a noção de comunidade, não obstante seu pecado original foi positivada pela reforma, por sua importância estratégica na oposição ao manicômio e à segregação (TENORIO, 2002)

#### 4.2 TRANSFORMAÇÃO DO MODELO PSIQUIÁTRICO

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 90.

O SUS regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual.

São princípios do SUS o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a

descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estadual e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras. (BRASIL, 2005).

O princípio de controle social do SUS merece destaque, na medida em que impulsiona o protagonismo e a autonomia dos usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde coletiva. Assim, os Conselhos e as Conferências de Saúde desempenham papel fundamental na conformação do SUS, no ordenamento de serviços e ações e no direcionamento dos recursos.

Compartilhando destes princípios, a rede de atenção à saúde mental, composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica.

O papel dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, assim como das Conferências de Saúde Mental, é por excelência garantir a participação dos trabalhadores, usuários de saúde mental e seus familiares nos processos de gestão do SUS, favorecendo assim o protagonismo dos usuários na construção de uma rede de atenção à saúde mental.

De fato, são as Conferências Nacionais de Saúde Mental, e em especial a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, que consolidam a Reforma Psiquiátrica como política oficial do SUS e propõem a conformação de uma rede articulada e comunitária de cuidados para as pessoas com transtornos mentais.

O Brasil tem buscado modelos de atenção que extrapolem a assistência médico-curativa, em que a compreensão da saúde não se limite a ausência de doença (RIBEIRO et al, 2009).

Na área da saúde mental, vem acontecendo uma transformação da assistência, com base na reforma psiquiátrica, que se reflete numa tentativa de rompimento asilar, para a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (RIBEIRO et al, 2009).

Surgiram os Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), voltados para crianças e adolescentes, e os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPSad), voltados para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (BORGES E BAPTISTA, 2008).

Os procedimentos do CAPS passam a ser remunerados de acordo com a frequência dos usuários, e cria-se a classificação em CAPS I, II ou III de acordo com a abrangência populacional (BORGES E BAPTISTA, 2008).

A área da saúde mental é contemplada com recursos do FAEC, o que contribuiu para a expansão da rede, implementando novas unidades, fazendo o custeio dos procedimentos extra-teto e de alguns programas de formação/capacitação (BORGES E BAPTISTA, 2008).

Todos os tipos de CAPS encontram uma normatização comum nas Portarias GM nº. 336 e SAS nº. 189, ambas de 2002.

Após estas normatizações, foi possível, em 2003, passar a tratar a política de saúde voltada para usuários de álcool e outras drogas, como uma política e não como um programa isolado.

Além disso, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/01 induz um enfoque na abrangência populacional, e as portarias de incentivos para CAPS apresentam planos de expansão que contemplam municípios de grande porte. (BORGES E BAPTISTA, 2008).

Partindo deste princípio, tornou-se necessária a construção de um modelo assistencial complexo e integral, que oferecesse tanto a dispositivos assistenciais quanto não assistenciais. Nesse sentido, hoje existem várias possibilidades que visam constituir uma rede articulada.

A constatação mais clara diante da análise dos documentos normativos é o fato de o modelo assistencial em saúde mental ser recém-nascido enquanto um conjunto diversificado de dispositivos que contemplem mais que o binômio hospital-ambulatorio. (BORGES E BAPTISTA, 2008).

A expansão dos CAPS e a criação de financiamento para outras estruturas, tanto assistenciais quanto não assistenciais, são ainda recentes e representam a transformação do modelo psiquiátrico que teve início bem antes da Reforma Psiquiátrica e vem se moldando de acordo com as necessidades de saúde da sociedade.

#### 4.3 OS CAPS

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS).

Conhecido por ser um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves, dependentes químicos e demais quadros, cuja

severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. (BRASIL, 2004).

O CAPS possui o objetivo de oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, desenvolvendo o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso a atividades como: trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e sociais.

Foi criado com o intuito de substituir às internações em hospitais psiquiátricos, por se tratar de um serviço de atendimento de saúde mental.

Os CAPS visam:

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental. (BRASIL, 2004).

Os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado.

Deverão contar, no mínimo, com os seguintes recursos físicos que lhe possibilitem um funcionamento adequado:

- consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias);
- salas para atividades grupais;
- espaço de convivência;
- oficinas;
- refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade);
- sanitários;
- área externa para oficinas, recreação e esportes. (BRASIL, 2004).

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor, inserido na cidade, no bairro e com a possibilidade de participação familiar.

Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana. (BRASIL, 2004)

Dentre as atividades realizadas pelo CAPS, as mais comuns são:

- **Tratamento medicamentoso:** tratamento realizado com remédios chamados medicamentos psicoativos ou psicofármacos.

- **Atendimento a grupo de familiares:** reunião de famílias de usuários, dependentes de alguma substância psicoativa para criar laços de solidariedade entre elas, discutir problemas em comum, enfrentar as situações difíceis, receber orientação sobre diagnóstico e sobre sua participação no projeto terapêutico.

- **Atendimento individualizado a famílias:** atendimentos a uma família ou a membro de uma família que precise de orientação individual e acompanhamento em situações rotineiras, ou em momentos críticos.

- **Orientação:** conversa e assessoramento individual ou em grupo sobre algum tema específico, por exemplo, o uso de drogas ou atitudes preventivas em situações de risco.

- **Atendimento psicoterápico:** encontros individuais ou em grupo onde são utilizados os conhecimentos e as técnicas da psicoterapia como parte do tratamento.

- **Atividades comunitárias:** atividades que utilizam os recursos da própria comunidade e que envolvam pessoas, associações de moradores, instituições ou grupos organizados que atuem na comunidade. Exemplo: festa junina do bairro, feiras, quermesses, campeonatos esportivos, caminhadas, artesanatos, gincanas, passeios a parques e cinema, entre outras.

- **Atividades de suporte social:** projetos de inserção no trabalho, cursos de capacitação, articulação com os serviços residenciais terapêuticos, atividades de lazer, encaminhamentos para a entrada na rede de ensino, para obtenção de documentos e apoio para o exercício de direitos civis através da formação de associações de usuários e/ou familiares.

- **Oficinas culturais:** atividades constantes que procuram despertar no usuário um maior interesse pelos espaços de cultura (monumentos, prédios históricos, saraus musicais, festas anuais, bibliotecas, etc.) de seu bairro ou cidade, promovendo maior integração de usuários e familiares com seu lugar de moradia.

- **Visitas domiciliares:** atendimento realizado por um profissional do CAPS aos usuários e/ou familiares em casa na impossibilidade de se frequentar o serviço ou quando for necessário.

- **Desintoxicação ambulatorial:** conjunto de procedimentos destinados ao tratamento da intoxicação/ abstinência decorrente do uso abusivo de álcool e de outras drogas. (BRASIL, 2004).

#### 4.3.1 CAPS I

A Reforma Psiquiátrica consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade, e os CAPS são os dispositivos estratégicos desse movimento. Entretanto, é a rede básica de saúde o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais.

Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais.

Dentre algumas finalidades dos CAPS, existe a necessidade de integração entre as atividades:

- a) conhecer e interagir com as equipes de atenção básica de seu território;
- b) estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território;
- c) realizar apoio matricial às equipes da atenção básica, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica;
- d) realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da atenção básica.

Os CAPS I e CAPS II: são CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.

Todos os CAPS devem obedecer à exigência da diversidade profissional de cada tipo de CAPS.

Tipos de profissionais que trabalham nos CAPS I – Equipes mínimas

- 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental
- 1 enfermeiro

- 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico

- 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (BRASIL, 2004)

#### **4.3.2 CAPS II**

Os CAPS II são CAPS destinados ao atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.

Tipos de profissionais que trabalham nos CAPS II – Equipes mínimas

- 1 médico psiquiatra

- 1 enfermeiro com formação em saúde mental

- 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico

- 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

#### **4.3.3 CAPS III**

Os CAPS III são CAPS destinados ao atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.

Tipos de profissionais que trabalham nos CAPS III – Equipes mínimas ;

- 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental

- 1 enfermeiro com formação em saúde mental

- 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior

- 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

#### 4.3.4 CAPS AD

Os CAPS I, II e III destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, nos quais o uso de álcool e outras drogas é secundário à condição clínica de transtorno mental.

Para pacientes cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas passam a existir, a partir de 2002, os CAPS ad. (BRASIL, 2004)

Os CAPS ad devem oferecer atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. (BRASIL, 2004)

Assim, a rede proposta se baseia nesses serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, inserção comunitária de serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos.

Os CAPS ad desenvolvem uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares (BRASIL, 2004).

Também devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar.

Tipos de profissionais que trabalham nos CAPS AD – Equipes mínimas:

- 1 médico psiquiatra
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental
- 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas
- 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
- 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2004).

#### 4.4 PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS

O tratamento ao dependente químico tem sempre como objetivo principal manter o paciente abstinente, mas, pelas características próprias destes pacientes nem sempre é possível, para estes casos específicos, o acompanhamento é feito no Programa de Redução de Danos.

O CAPS AD de Bauru atende vários usuários que fazem o tratamento regularmente, mas que não conseguem manter-se abstinentes, estes pacientes são inseridos no Programa de Redução de Danos.

Norticuri (2010) lembra que um dos objetivos do programa de Redução de Danos é tentar estabilizar o comportamento de risco à saúde prevenindo as conseqüências que possam advir de situações à que o usuário de drogas se expõe para poder adquirir ou mesmo para utilizar a substância da qual é dependente.

Entre as metas do programa estão o aumento da consciência dos comportamentos de alto risco e o treinamento de habilidades para enfrentar situações que envolvam sexo e drogas, adotando comportamentos que promovam a saúde e reduzam os danos relacionados ao uso de drogas (NORTICURI, 2010).

O Programa de Redução de Danos é frequentado por usuários crônicos e visa diminuir os agravos consequentes do uso abusivo da droga com o objetivo não somente de torná-los abstinentes (meta que provavelmente não será alcançada), mas de principalmente melhorar mesmo que seja de maneira mínima a qualidade de vida do usuário e de sua família que participa de seu tratamento.

Feffermann e Figueiredo (2006) expressam esta mesma opinião quando afirmam que a abordagem de redução de danos contribui com um novo olhar sobre a prática de saúde, atentando para a consideração e valorização da independência dos sujeitos, sua cultura e suas práticas.

Ao abandonar o modelo biomédico de doutrinação que qualifica comportamentos a partir de uma perspectiva bipolar de indivíduos ou comportamentos 'sãos' e 'não-sãos', considera-se a multiplicidade de estratégias e procura-se criar escalas de risco 'guias' para a orientação coletiva e/ou individual que serão utilizadas durante o tratamento. (FEFFERMANN e FIGUEIREDO, 2006).

Esta opção do tratamento em um programa que aceita deslizes e possibilita sempre começar de novo parece ser a melhor alternativa para o dependente químico.

## 5 METODOLOGIA

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Bauru, unidade da Secretaria Municipal de Saúde, que assiste aos dependentes químicos do município dentro de uma perspectiva de reabilitação psicossocial.

A referida unidade é composta por equipe multiprofissional que atende individualmente e em grupos os pacientes usuários de substâncias psicoativas e seus familiares.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva e exploratória. A pesquisa quantitativa traduz em números opiniões e informações pesquisadas para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas (percentagem, moda, média, mediana, desvio padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, etc.)

A coleta de dados foi secundária utilizando-se informações constantes em prontuários, portanto, sem contato direto com os usuários e familiares, no período de agosto a outubro de 2011. Os dados são referentes ao ano de 2010 relacionados aos dependentes químicos, usuários de crack associado ou não a outras drogas que estavam em acompanhamento naquele ano.

Correspondem a sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, tempo de uso da droga, número de internações psiquiátricas, hipótese diagnóstica e tratamento proposto.

Em relação ao tempo de permanência no tratamento, adesão e ainda eficácia/resolutividade do serviço foram analisados os dados referentes ao período de julho a dezembro de 2010, pois não haveria dentro do cronograma tempo disponível para se analisar amostra tão grande.

As primeiras informações foram obtidas mediante o contato com livros de registros da instituição pertencente ao ano de 2010, que relatam a quantidade dos atendimentos mensais, sexo e idade dos usuários do serviço.

Os outros dados necessários foram investigados de forma individual e manual nos prontuários visto que o serviço não dispõe de informações digitalizadas o que tornou a pesquisa extremamente desgastante.

Outras informações a respeito de como funcionam os programas ou as rotinas de atendimento e agendamento foram conseguidas de maneira informal com as funcionárias do CAPS AD.

Após a coleta dos dados, foi feita a análise dos mesmos, os cálculos das percentagens e a elaboração de gráficos e tabelas para demonstração dos resultados.

## 6 ANÁLISE DOS DADOS PESQUISADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 6.1 ATENDIMENTO ANUAL EM RELAÇÃO À DEPENDÊNCIA 2010

CRACK/DROGAS	OUTRAS DROGAS	TOTAL
514	319	833
61,7%	38,3%	100%

De acordo com dados avaliados, durante o referido período, ocorreram 833 atendimentos dos quais, 514 estavam relacionados com o uso de crack associado ou não com outra substância.

Este número corresponde a 62% dos procedimentos totais realizados no período estudado, o restante da amostra que somam 319 atendimentos e correspondem a 38% são referentes a usuários de outras substâncias como pode ser observado na tabela 6.1.

Estes dados reforçam os publicados por Norticuri (2010) que diz que no ano de 2009, segundo informações do PPV (Programa de Prevenção da Violência), o atendimentos a usuários de crack no CAPS AD e no Hospital Espírita em Pelotas era de 70% e somente 30% dos atendimentos correspondiam a usuários de outras substâncias.

### 6.2 ATENDIMENTOS DE ACORDO COM O SEXO

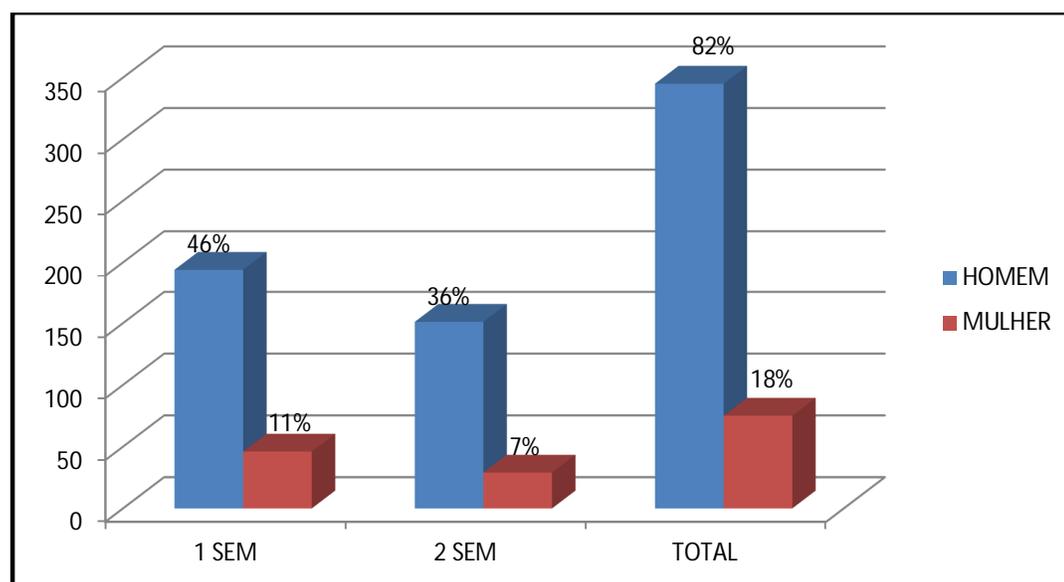


Figura 7 – Atendimentos de Acordo com o Sexo, gráfico elaborado com dados referentes aos atendimentos do ano de 2010 no CAPS AD de Bauru

Foram selecionados e analisados 420 prontuários, divididos em dois períodos de 6 meses de acordo com a data de atendimento para elaboração de gráficos.

Foram usados somente os prontuários que tinham o registro de todas as informações necessárias para esta pesquisa.

Desta amostragem 345(82%) eram homens e 75(18%) mulheres.

Este resultado equivale ao encontrado por Guimarães et al (2008) que registra 80% de usuários do sexo masculino.

Dunn (1999), quando analisou o perfil do usuário do crack, afirmou que 90% dos usuários eram homens e Turchi (2000), identificou uma população usuária de crack masculina de 95% e um número inexpressivo de mulheres que chegava apenas a 5% da amostra analisada.

Os dados pesquisados apontam para um aumento progressivo do número de mulheres (20%) o que caracteriza uma importante mudança no perfil deste usuário, pois, em 1999 de acordo com Dunn a percentagem de mulheres era de 10% e em 2000 Turchi aponta 5% de usuárias do sexo feminino, o que caracteriza uma importante mudança no perfil deste usuário.

### 6.3 ATENDIMENTOS DE ACORDO COM O ESTADO CIVIL

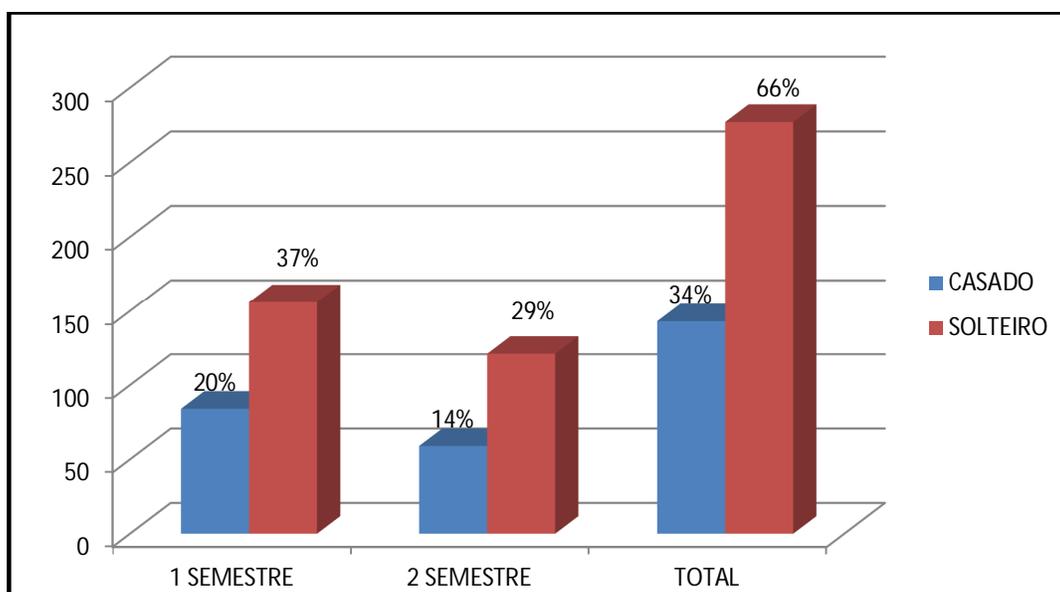


Figura 8 – atendimentos de acordo com o Estado Civil, gráfico elaborado com dados referentes aos atendimentos do ano de 2010 no CAPS AD de Bauru

Em relação ao estado civil, no primeiro semestre foram atendidos 84(20%) usuários casados e 156(37%) solteiros, foram analisados como casados os que se intitularam amasiados ou amigos declarando ter uma união estável.

No segundo semestre, usando o mesmo critério, foram atendidos 59(14%) usuários casados enquanto que o atendimento de solteiros foi de 121(29%) usuários, totalizando 143 casados e 277 solteiros, ou ainda 34% são casados e 66% solteiros como demonstra o gráfico acima.

Pode-se notar que a diferença entre os casados e solteiros que se envolvem com o crack é extremamente grande mostrando que os laços familiares parecem proteger as pessoas da vulnerabilidade em relação às drogas.

Os dados se assemelham com os levantados por Dunn (1999) que apontou em seu estudo 62% de solteiros e 38% casados usuários de crack.

Após mais de uma década do estudo de Dunn (1999), Vargens et al (2011) apesar de não citar percentuais ainda determina o homem solteiro como mais vulnerável a iniciar o consumo de crack.

#### 6.4 ATENDIMENTOS DE ACORDO COM A ESCOLARIDADE

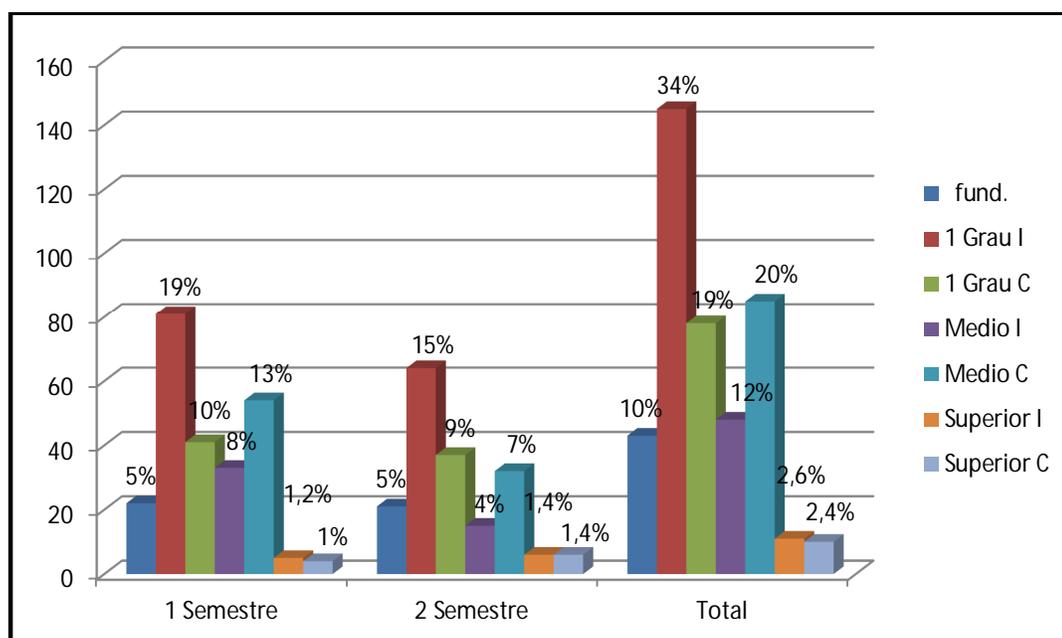


Figura 9 – atendimentos de acordo com a escolaridade, gráfico elaborado com dados referentes aos atendimentos do ano de 2010 no CAPS AD de Bauru

Também foi verificado o nível de escolaridade dos usuários do serviço, os dados foram analisados e relacionados de acordo com diferentes níveis de instrução 10% possuem o ensino fundamental, 34,5% o 1º grau incompleto, 19% o 1º grau completo, 11,5% possuem o ensino médio incompleto, 20% cursaram o ensino médio completo, 2,6% o superior incompleto e 2,4% o superior completo, como podem ser observados na figura 9, os usuários que possuem o primeiro grau incompleto são a grande maioria, este número pode estar relacionado com o índice prematuro de evasão escolar, comum entre os usuários de crack.

Guimarães (2008) observou que essa população estudava aproximadamente 9,4 anos, não diferente do que diagnosticou Dunn (1999) quando publicou que 62% dos usuários de crack possuíam o primeiro grau incompleto ou completo.

No estudo realizado no CAPS AD de Bauru, este número diminuiu se somarmos as duas categorias teremos 53,5% de usuários possuindo o primeiro grau completo ou incompleto, nos fazendo inferir que esteja ocorrendo um aumento de 8,5% na taxa de evasão escolar e uma redução progressiva no número de anos em que se permanece em sala de aula, assim como pode evidenciar uma precocidade do início do uso do crack, fato este que não foi assunto desta pesquisa.

#### 6.5 ATENDIMENTOS DE ACORDO COM A IDADE

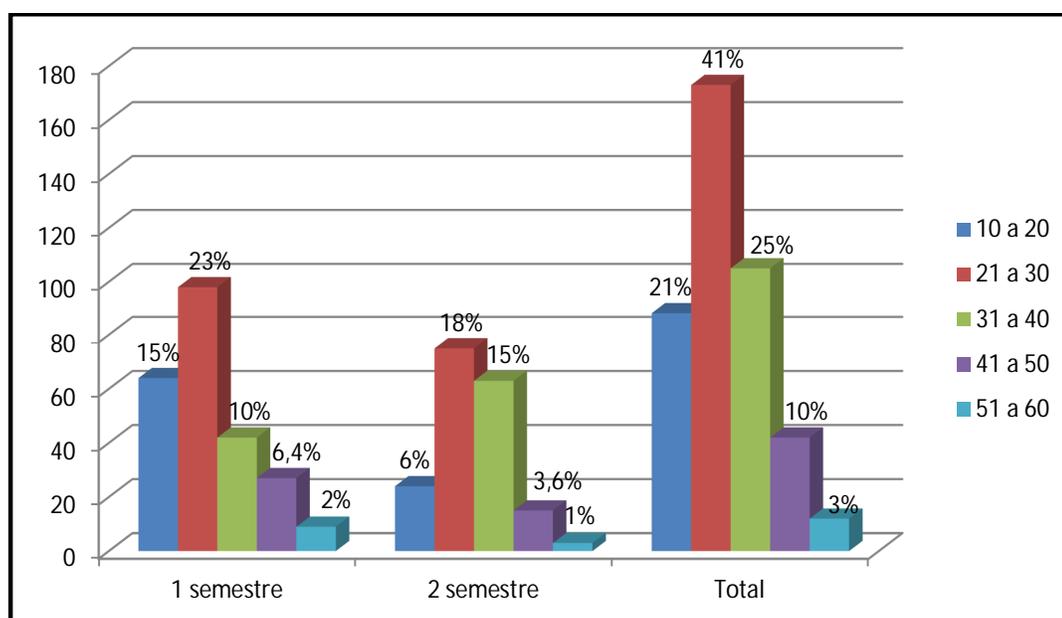


Figura 10 – Atendimentos de Acordo com a Idade, gráfico elaborado com dados referentes aos atendimentos do ano de 2010 no CAPS AD de Bauru

As informações referentes à idade são bem variadas, foram divididas em grupos de 10 em 10 anos.

A faixa etária de 10 a 20 anos correspondeu a 21% da amostra (n=88), entre 21 a 30 anos equivalem a 41% (n=173), de 31 a 40 anos 25% (n=105), de 41 a 50 anos chegam a 10% (n=42) e finalmente de 51 a 60 anos somam 3% (n=12).

Após atingir um pico de idade os números começam a aparecer de forma decrescente, ou seja, a quantidade de usuários vai se tornando menor enquanto a idade vai aumentando, este dado pode sugerir certo relacionamento com a morte precoce do usuário de crack .

A idade prevalente do usuário de crack em Bauru que faz uso do CAPS AD de acordo com a presente pesquisa está entre 21 a 30 anos, chegando a 41%, este resultado vem reforçar os já encontrados por Dunn (1999), Turchi (2000), Azevedo (2000) e Guimarães (2008) que relatam respectivamente 27 anos, 26 anos, 30anos e 27,3 anos de idade.

Os dados encontrados na pesquisa do CAPS AD de Bauru estão demonstrados no gráfico (figura 11).

#### 6.6 ATENDIMENTOS DE ACORDO COM O TEMPO DE USO

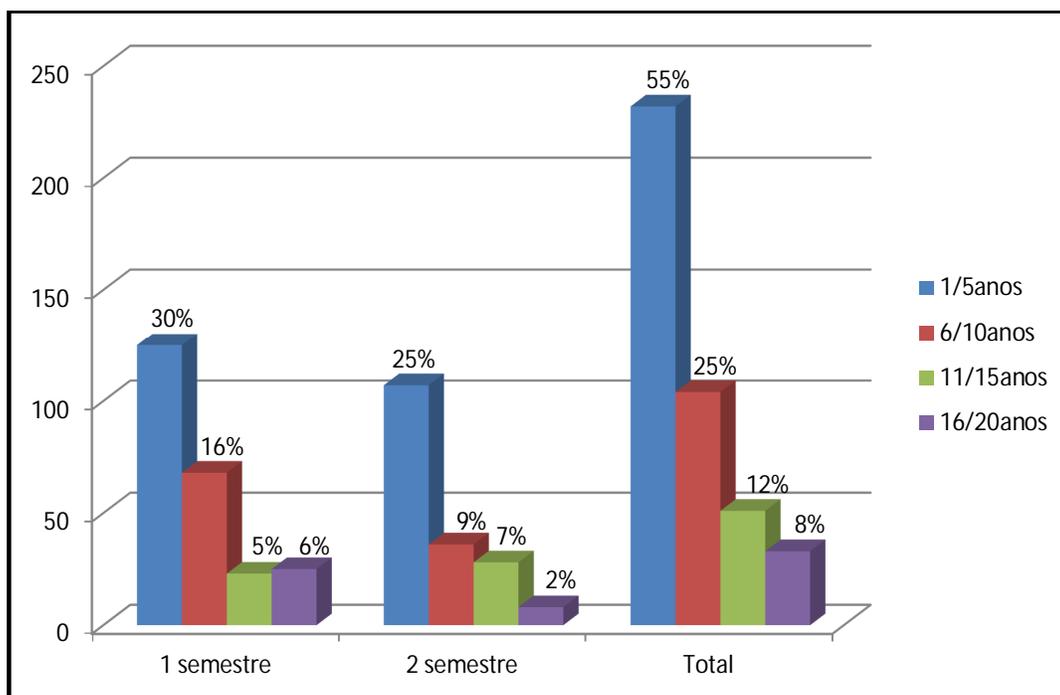


Figura 11 – Atendimentos de Acordo com o Tempo de Uso, gráfico elaborado com dados referentes aos atendimentos do ano de 2010 no CAPS AD de Bauru

Para se demonstrar as variações no tempo de uso da droga também foi elaborado um gráfico dividido em períodos de 1 a 5 anos (55%), 6 a 10 anos (25%), 11 a 15 anos (12%) e de 16 a 20 anos (8%) para melhor visualização.

Pode-se observar que o gráfico é decrescente o que parece demonstrar que quanto maior o tempo de uso menor a quantidade de usuários. De acordo com Dias et al (2011) a duração média de uso de crack de forma frequente foi avaliada em oito anos e dez meses o que sugere que a procura de atendimento médico pode estar acontecendo de forma tardia.

### 6.7 INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS ANTERIORES

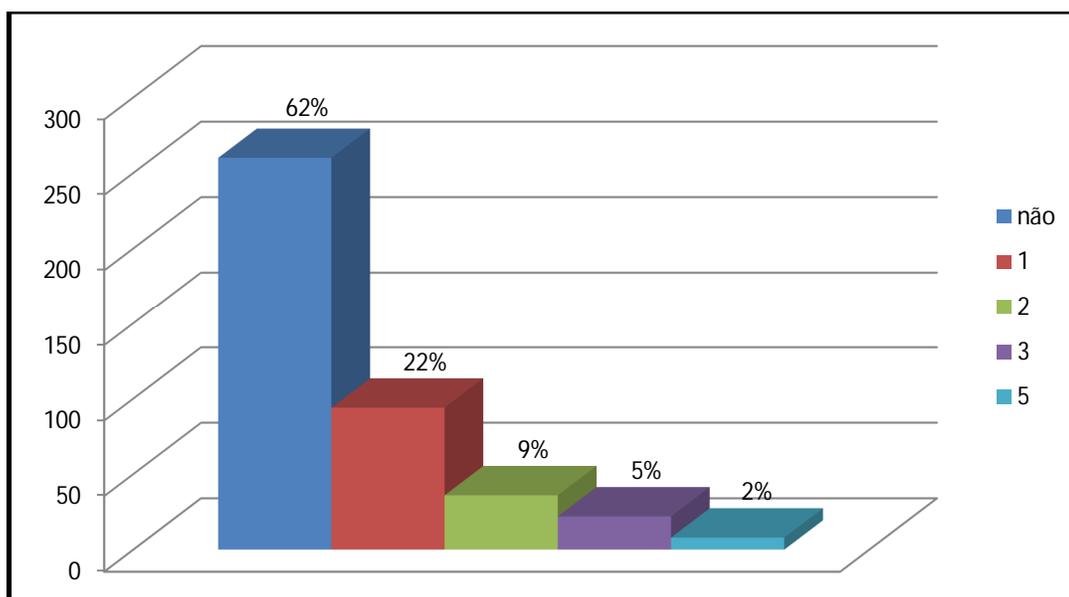


Figura 12 – Internações psiquiátricas anteriores gráfico elaborado com dados referentes aos atendimentos do ano de 2010 no CAPS AD de Bauru

O tratamento proposto é basicamente ambulatorial e medicamentoso, em poucos casos ocorre à internação, por solicitação médica ou por solicitação judicial.

Deve ser considerado como um conjunto de técnicas e intervenções desenvolvidas com o intuito de favorecer a redução ou a abstinência de substâncias psicoativas, bem como a melhora da qualidade de vida e do funcionamento social (RIBEIRO e LARANJEIRA, 2010).

Cruz (2010) acredita que a discussão atual sobre a necessidade de locais de internação é bem vinda, e que quando indicada constitui uma etapa do tratamento.

Vários usuários têm internações psiquiátricas anteriores, segundo os dados analisados 260 usuários (62%) não tem nenhuma história de internação, 94(22%) passaram uma vez por algum tipo de internação em serviço específico de saúde mental, 36(9%) passaram por duas internações, 22 (5%) por três internações e 8(2%) por cinco internações.

Estes dados são inferiores aos citados por Guimarães (2008) que somam entre tratamentos para desintoxicação e de tratamentos em clínicas ou fazendas terapêuticas 56,6% dos usuários, estes dados podem estar relacionados com subnotificação de informações uma vez que estas internações podem ser feitas em serviços privados.

Os dados referentes a internações anteriores foram documentados a partir de relatos feitos pelos usuários e registrados em seus prontuários pelo profissional que o atendeu.

## 6.8 OCUPAÇÃO

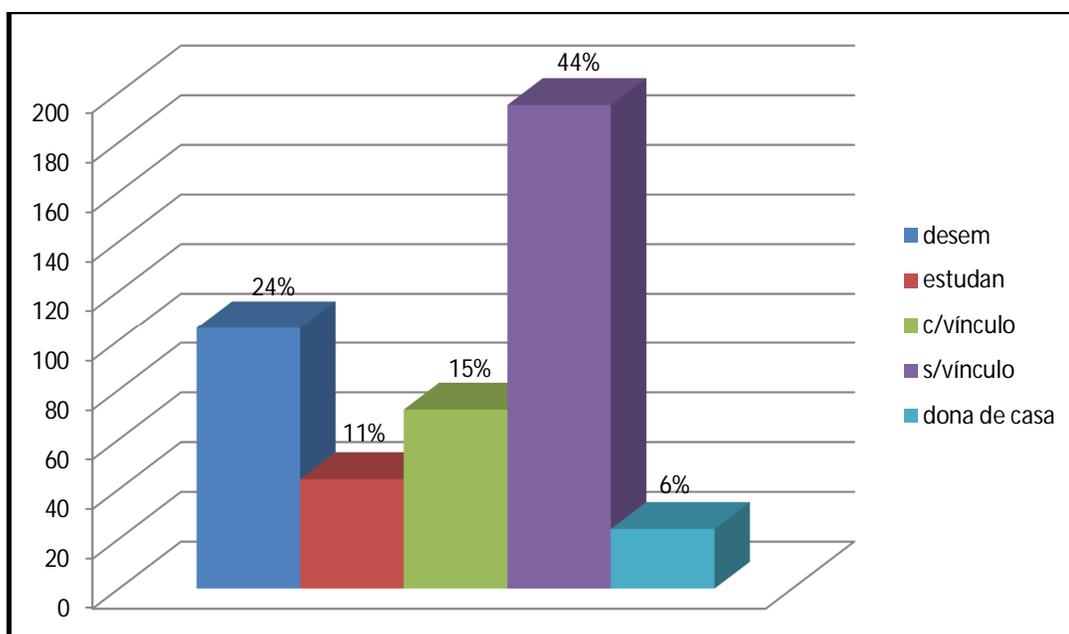


Figura 13 – Ocupação, gráfico elaborado com dados referentes aos atendimentos do ano de 2010 no CAPS AD de Bauru

Os dependentes químicos tem grande dificuldade em permanecer nos serviços que lhes solicitem responsabilidades com horários ou ainda que envolvam dinheiro ou qualquer outro tipo de bens que possam servir como moeda de troca.

Analisando estes dados foram encontrados 24% de usuários desempregados, 11% de estudantes e 6% de donas de casa, ou seja, 41% não tinham nenhuma renda, sendo dependente da família ou de algum tipo de benefício.

Entre os que alegaram alguma ocupação 15% relataram ter vínculo empregatício e 44% afirmam que realizam pequenos bicos.

Um fato que nos chamou a atenção é que entre os profissionais com vínculo empregatício, foram encontrados 10 motoristas (o que corresponde a 16% dos que declaram ter emprego fixo) e entre os que não têm vínculo contou-se 14 mototaxistas, profissionais que trabalham constantemente no trânsito muitas vezes transportando pessoas o que é altamente preocupante se estes indivíduos no exercício de seu trabalho estiverem sob o efeito da droga, podendo provocar acidentes e prejuízos a vidas de outras pessoas.

Na amostra de Guimarães (2008) 36,7% foram contados como desempregados, 20% tinham vínculo empregatício de alguma natureza e 43,3 relatam obter renda, ainda que pequena e esporádica proveniente de pequenos “bicos” ou serviços temporários .

Nota-se um aumento no número dos que se dizem empregados , porém sem vínculo fixo ou qualquer outro tipo de segurança e uma diminuição no número dos desempregados ou sem nenhuma fonte de renda.

É importante salientar que diminuiu em 5% os que relatam emprego com “carteira assinada” documento que é a única ligação segura com o empregador, conferindo ao usuário inclusive o direito a licença para tratamento médico ambulatorial ou mesmo em regime de internação.

Dunn (1999) afirmou que entre os usuários de crack 46% eram desempregados, neste estudo este número se mostrou muito menor talvez por ter sido considerado nesta pesquisa, “pequenos bicos”, mesmo que esporádicos, que geram alguma renda, como emprego, ainda que subemprego.

A partir das informações retiradas dos prontuários foi feito a análise dos dados e elaborado o gráfico que aparece na figura 13.

## 6.9 HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Em relação à hipótese diagnóstica que é dada pelo médico no momento da primeira consulta se resume em apenas dois e este diagnostico é dado principalmente pelo relato dos sintomas e pelo quadro clínico que o usuário apresenta ao procurar o serviço oferecido pelo CAPS AD.

-Dependência de Crack- De acordo com o CID.10, Dependência trata-se de um conjunto de fenômenos psico-fisiológicos que se desenvolvem, depois de repetidas experiências de consumo de uma substância psicoativa.

A dependência está associada a várias circunstâncias, como ao desejo de usar a droga, a falta de controle em relação ao seu consumo, o uso contínuo da substância apesar das consequências danosas, a prioridade dada ao uso da droga em relação às outras atividades e obrigações, o aumento da tolerância e, finalmente, um estado de abstinência quando privado de seu uso de forma cada vez mais contínua.

-Síndrome de Abstinência - CID10-F 19.3 – A síndrome de abstinência caracteriza-se por uma série de sinais e sintomas clínicos relacionados à ausência de uma substância de abuso.

Isto é, quando o indivíduo deixa, por vontade própria ou involuntariamente, de utilizar a substância da qual está dependente, há o surgimento de sintomas característicos da síndrome que acometem o dependente de forma violenta física e psicologicamente.

#### 6.10 SINTOMAS

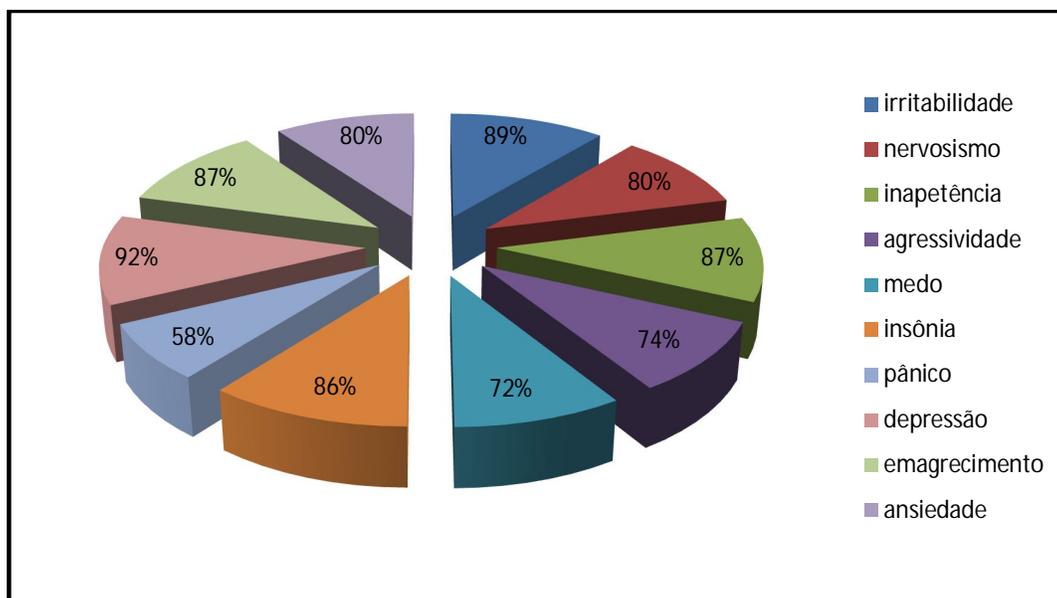


Figura 14 – Sintomas, gráfico elaborado com dados referentes aos atendimentos do ano de 2010 no CAPS AD de Bauru

Os sintomas relatados pelos usuários e que os levam a procurar tratamento médico são basicamente os mesmos, irritabilidade (89%), nervosismo (80%), inapetência (87%),

agressividade (74%), medo (72%), insônia (86%), pânico (58%), depressão (92%), emagrecimento (87%) e ansiedade (80%).

Norticuri (2010), já havia observado sintomas semelhantes entre usuários de drogas. O autor afirma que o uso frequente do crack associado ou não a outras substâncias causa isolamento, depressão, distúrbios do sono e alimentação, ansiedade, medo, perda da emoção entre outros.

#### 6.11 PERMANÊNCIA NO TRATAMENTO

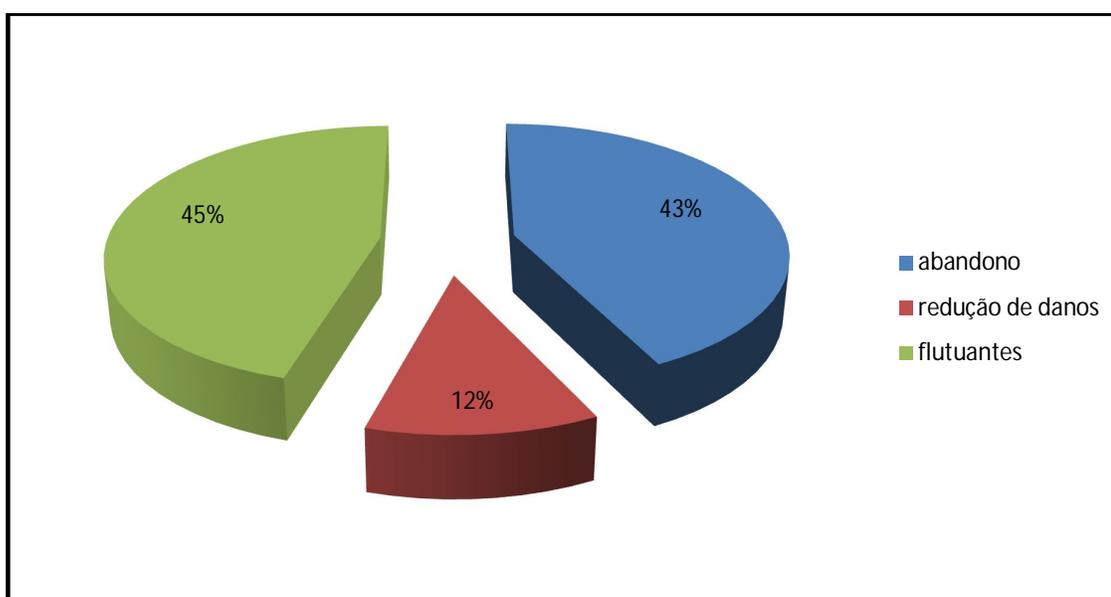


Figura 15 – Permanência no Tratamento gráfico elaborado com dados referentes aos atendimentos no período de julho a dezembro do ano de 2010 no CAPS AD de Bauru

Em relação à permanência no tratamento, analisaram-se os atendimentos apenas do segundo semestre, ou seja, de julho a dezembro, pois não haveria dentro do cronograma tempo disponível para se analisar amostra tão grande.

Foram considerados os meses que os usuários compareceram no serviço e não o número de consultas.

Observa-se uma grande evasão após a primeira consulta, dos 180 atendimentos de usuários de crack no semestre, 77 (43% dos atendimentos) não retornaram, tiveram apenas este primeiro atendimento e depois não procuraram mais o CAPS AD.

Coincidentemente Ribeiro e Laranjeira (2010), relatam em estudo realizado em Nova Jersey (EUA), que dos pacientes usuários de cocaína/crack que procuraram tratamento para dependência química, 43% (o mesmo número encontrado no CAPS AD de Bauru), não retornaram para o próximo atendimento em 24 horas, e quando a consulta era para próxima semana, o número de abandono subia para 65%, mostrando que quando o dependente químico procura o serviço, o ideal é que o atendimento seja feito da forma mais prematura possível.

Os pacientes atendidos no período pesquisado que foram encaminhados para o programa de Redução de Danos perfazem um total de 21(12% dos atendimentos), a frequência observada nos atendimentos é relativamente boa quando se considera a presença mensal que foi o parâmetro utilizado neste estudo, dos 21 inseridos no programa 16 tiveram neste período pelo menos um atendimento ao mês o que configura um vínculo com o CAPS AD.

Existe ainda um terceiro tipo de usuário que frequenta o CAPS AD, são aqueles que comparecem ao serviço, freqüentam por um, dois, três meses, abandonam por alguns meses, retornam e novamente iniciam o ciclo de frequência e abandono.

No período pesquisado foram encontrados 82 (45% dos atendimentos) pacientes com esta característica flutuante.

Estes usuários não chegam a abandonar o vício e também não aderem de maneira efetiva ao tratamento, mas diminuem o uso do crack e das outras drogas associadas passando por períodos de abstinência intercalados com recaídas.

Parecem precisar do CAPS AD como uma fonte de referência ou de resgate de sua personalidade, pois sempre que percebem que estão sem controle em relação ao uso do crack eles voltam procurando ajuda. Estes dados estão demonstrados na figura 15.

Dias et al (2011) já havia determinado três grupos distintos de usuários levando em conta informações acerca das oscilações entre períodos de abstinência e consumo ou diversidade de padrões.

Destes três grupos dois são comuns aos encontrados no CAPS AD de Bauru, os intermediários que nesta pesquisa foram determinados flutuantes e os usuários prolongados que são os inseridos no Programa de Redução de Danos.

Dias et al (2011), define intermediários aqueles que alternaram entre períodos de consumo e abstenção e usuários prolongados: aqueles que realizaram a manutenção do consumo de crack ao longo de vários anos.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral desta pesquisa, era de conhecer o percentual de usuários de crack associado ou não a outras drogas que realizam o tratamento proposto no CAPS AD de Bauru no ano de 2010 e a taxa de adesão ao tratamento.

Os objetivos específicos também preestabelecidos foram: elaborar perfil epidemiológico dos usuários do serviço, analisar a eficácia/resolutividade do tratamento e verificar o índice de adesão ao tratamento após a análise de dados secundários coletados em prontuários referentes aos atendimentos no referido ano.

De todos os atendimentos realizados no CAPS AD no ano de 2010, 61,7% foram de pacientes que faziam uso de crack, associado ou não a outras drogas e 38,3 de dependentes de outras substâncias.

Após a coleta de dados foi realizado a análise e desta forma foi possível a elaboração de gráficos que demonstram claramente o perfil epidemiológico dos usuários pesquisados durante o período citado.

Em relação ao sexo 82% são homens, solteiros (65%), com idade prevalente entre 21 a 30 anos (41%) com o primeiro grau incompleto (35%), usuário de crack associado ou não a outras drogas há um período médio de cinco anos (55%), com subempregos (44%), sem internação psiquiátrica anterior e que já apresentam os sintomas que caracterizam a síndrome de dependência química.

Apesar de se observar que o CAPS AD funciona como apoio para o usuário e de se notar uma importante melhora comportamental no período em que eles frequentam o CAPS AD, pode se afirmar que não existe eficácia/resolutividade no tratamento no que se refere ao abandono do uso da substância.

A proporção do problema discutido é incalculável e não engloba somente o tratamento do dependente químico seja ambulatorial ou hospitalar, trata-se de um entrave social.

O cuidado deve se estender a família que adoece junto com o indivíduo e ao meio em que vive o dependente químico e isso só é viável através da implementação de novas políticas de saúde e de segurança pública que consigam tratar a sociedade, pois após o tratamento é muito difícil para o dependente químico se manter abstinente em um meio em que a droga é tão comum, tão acessível.

Atualmente o problema da dependência química do crack é uma questão social de grande impacto sobre a saúde, educação, segurança pública, assistência social, que pede ao Estado e a sociedade civil a criação de alternativas para enfrentar esta situação através de políticas públicas.

As políticas sociais de prevenção, redução de danos, tratamento, recuperação e reinserção social ainda são muito tímidas para atender toda a demanda que existe e esta situação pode ser muito mais grave se pensarmos que muitos dados são subnotificados.

Em relação à adesão não foi possível estipular um padrão, devido às características peculiares do dependente do crack, mas, observou-se que 45 % dos pacientes não aderiram totalmente o tratamento, mas intercalaram períodos de abstinência com períodos de recaídas, durante estes períodos de abstinência ocorrem melhoras na qualidade de vida dos usuários como ganho de peso ou retorno a atividades como estudo ou mesmo emprego (SIC), enquanto 43% abandonaram o tratamento logo após o primeiro atendimento sem dar continuidade.

Por fim, pode-se traçar o perfil epidemiológico do usuário de crack associado ou não a outras drogas que fazem uso dos serviços oferecidos no CAPS AD de Bauru de acordo com as informações disponíveis.

Trata-se do jovem adulto entre 21 a 30 anos, do sexo masculino, solteiro, com o primeiro grau incompleto, usuário de crack há cinco anos, sem nenhum tratamento psiquiátrico anterior, com renda obtida através de pequenos bicos, que já apresentam vários sintomas característicos da síndrome de dependência, fazem o tratamento ambulatorial e apresentam características flutuantes.

Esta pesquisa com certeza deixa várias lacunas que não foram respondidas, nem sequer citadas, tendo em vista o tema que necessita de muito estudo para poder se entender melhor a complexidade do assunto, mas evidencia a necessidade de uma maior atenção em atitudes que de risco em relação ao trânsito, a evasão escolar e ao aumento do número de mulheres usuárias de drogas.

## **REFERÊNCIAS**

ALBERTSON, TE. et al. **Stimulant-induced pulmonary toxicity**. Chest. 1995. 108: 1140-9.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: **O debate em torno da reforma psiquiátrica**. [www.scielo.br/pdf/csp/v11n3/v11n3a11](http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n3/v11n3a11). Acesso em 04 mar.2011.

AZEVEDO, R.C.S. Usuários de cocaína e AIDS: um estudo sobre comportamento de risco. [tese]. Campinas (SP): **Universidade Estadual de Campinas**; 2000. Disponível em: [www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo). Acesso em 07 out 2011.

BASTOS, O. **Primórdios da Psiquiatria no Brasil**. Editorial a convite. Disponível em: [bases.bireme.br/cgi-bin/.../online](http://bases.bireme.br/cgi-bin/.../online). Acesso em: 17 abr 2011.

BORGES, C.F; BAPTISTA, T.W. F.O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Caderno de Saúde Pública**. v24. n2 .Rio de Janeiro.RJ. Fev 2008. Disponível em [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext & pid = S0102](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102). Acesso em 28 jul 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde Para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

COSTA LEITE, M. ANDRADE, AG. **Cocaína e Crack**. São Paulo: Artmed, 2009.

CRUZ, M.S. **A abordagem do problema com o crack – uma oportunidade para afirmar a liderança da Psiquiatria com saber**. Disponível em [www.abp.org.br/médicos/.../PSQ\\_Debates\\_9\\_MaioJun\\_light.pdf](http://www.abp.org.br/médicos/.../PSQ_Debates_9_MaioJun_light.pdf). Acesso em 09 out 2011

DIAS, A.C. et al. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. São Paulo. SP. **Revista Saúde Pública**. vol.45 no. 5 São Paulo Out. 2011

DOMANICO, A; MACRAE, E. Estratégias de redução de danos entre usuários de crack. In: **Panorama Atual de drogas e dependências**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. cap. 31, p. 371-379.

DUNN, J. Desenvolvimento de entrevista estruturada para avaliar consumo de cocaína e comportamentos de risco. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.22 n.1 São Paulo. SP. Jan. / Mar.2000 Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rbp/v22n1/v22n1a04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n1/v22n1a04.pdf). acesso em 05 out 2011

FEFFERMANN, M; FIGUEIREDO, R. Redução de Danos como Estratégia de Prevenção de Drogas entre Jovens. **Boletim do Instituto de Saúde**. São Paulo, SP. dez.2006. Instituto de Saúde – SES. Disponível em [www.arca.fiocruz.br/.../ENSP\\_Dissertação\\_Souza\\_Kátia\\_Mendes.pdf](http://www.arca.fiocruz.br/.../ENSP_Dissertação_Souza_Kátia_Mendes.pdf). Acesso em 14 out 2011.

GOLD, MS. **Cocaine**. New York: Plenum Medical Book Company, 1993.

GUIMARÃES, C. F.et al. 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. Porto Alegre. 2008; v.30n. 2 .

JUNIOR,S.M. Breve Histórico da Psiquiatria no Brasil: do Período Colonial à Atualidade.**REVISTA PSIQRS**. 2005. Disponível em: [www.revistapsiqrs.org.br](http://www.revistapsiqrs.org.br) Acesso em 17 mai.2011

LAPOSATA, EA. MAYO, GL. **A review of pulmonary pathology and mechanisms associated with inhalation of freebase cocaine (“crack)**. Am J Forensic Med Pathol. 1993; 14: 1-9.

MALBERGIER, André. **Dependência química**. 2009. Disponível em: <http://www.neurociencias.org.br/PT/528/dependência-química> >. Acesso em 01 set. 2011.

MARIA,et al.**Nasal cocaine abuse and centofacial destructive process: report of three cases including treatment**. Oral Surg Oral med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2002; 93:435-9.

MEDCLICK.COM. **A Rota do Crack**. Disponível em: <http://www.medclick.com.br/drogas/rota-do-crack.html>>. Acesso em: 01 set. 2011.

MOMBELLI, M.A, et al. **Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos**. **Revista brasileira de enfermagem**. vol.63 n.5 Brasília Set./Out. 2010 Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Enfermagem. Núcleo de Estudo, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família. Maringá. PR Disponível em [www.scielo.br/scielo.php?script=sci...pid...716720100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci...pid...716720100005).Acesso em 12 out 2011.

NORTICURE, A.R. **As vivências de adolescentes e jovens com o crack e suas relações suas relações com as políticas sociais protetoras neste contexto**. Rio Grande do Sul, 2010.

OGA, S. **Fundamentos da Toxicologia**. São Paulo: Atheneu; 1996.

OLIVEIRA, F.B; SILVA, K.M. D; SILVA, J.C.C. Percepção sobre a pratica de enfermagem em centros de atenção psicossocial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, RS, v.30, n.4, dez. 2009. Disponível em:<[bases.bireme.br/cgi-bin/.../online/?...p](http://bases.bireme.br/cgi-bin/.../online/?...p)>>. Acesso em 15 abr.2011.

OLIVEIRA, L.G; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, SP, v.42, n.4, 2008. Disponível em: <bases. bireme. br/cgi-bin/.../online>. Acesso em: 09 abr 2011.

PAULIM, L.F; TURATO, E. R. Antecedentes de Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 70. **Revista História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro. RJ. v. 11. n.2.2004. Disponível em [www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702004000200002 ...sci](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702004000200002...sci) . Acesso 12 ago 2011.

PRINZLEVE, M. et al. **Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups**. Eur Addict Res. 2004. 10: 147-55.

PSICOSITE.COM. **Crack**: Transtornos relacionados por semelhança ou classificação. 04/10/2004. Disponível em: <<http://www.psicosite.com.br/tra/drg/crack.htm>>. Acesso em 01 set. 2011.

RIBEIRO, M.B.S. Familiares de usuários vivenciando a transformação do modelo assistencial psiquiátrico. **Revista Estudos de Psicologia**. v.14, n.2, São Paulo, mai-ago, 2009. Disponível em :[WWW.scielo.br/epsic](http://WWW.scielo.br/epsic). Acesso em 17 ago 2011.

RIBEIRO, M; LARANJEIRA, R. O plano de Tratamento. **O tratamento do Usuário de Crack- Avaliação Clínica, Psicossocial, Neuropsicológica e de Risco. Terapias Psicológicas, Farmacoterapia, e Reabilitação. Ambientes de Tratamento**. 1ed. São Paulo: Editora Casa Leitura Medica, 2010.cap.2p.27

REINERS, A.A.O.; AZEVEDO, R.C.S.; VIEIRA, M.A.; ARRUDA, A.L.G. Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Cuiabá, Mato Grosso do Sul, out. 2008. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a16v19n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a16v19n3.pdf)>. Acesso: em 23 abr. 2011.

SILVA, P. **Farmacologia**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SILVEIRA, D.X; MOREIRA, F.G. Reflexões preliminares sobre a questão das substâncias psicoativas. In: **Panorama Atual de drogas e dependências**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. cap. 1, p.3-7.

SCADUTO, A.A; BARBIERI, V. O discurso sobre a adesão ao tratamento de dependência química em uma instituição de saúde pública. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Ribeirão Preto, São Paulo. set. 2008. Disponível em: <bases. bireme. br/ggi-bin/.../online>. Acesso em: 20 abr 2011.

TEIXEIRA, M.N. A geração de danos ou a redução de danos ao contrario – Considerações sobre o mau uso das internações psiquiátricas no tratamento de dependentes. In: **Panorama Atual de drogas e dependências**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. cap. 9, p.123-128.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Revista História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro. RJ. v.9.n.1.2002. Disponível em bases .bireme.br/ggi-bin / wxislind.exe /.../online/?..Acesso em 17 set 2011.

TERRA FILHO, M. et al. **Pulmonary alterations in cocaine users**. São Paulo: Med J. 2004; 122:26-31.

TURCHI, M.D. **Perfil de risco e estimativa de ocorrência de infecções de transmissão sangüínea ou sexual - HIV, Hepatite B, Hepatite C, HTLV I/II e Sífilis - entre usuários de cocaína, em São Paulo** [tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2000. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001600007](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001600007). Acesso em 09 out 2011.

VELASCO, A. et al. **Farmacologia**. 16ª ed. New York: Interamericana McGraw-Hill, 1993.

VIRGULA.COM. **Na rota do crack: droga avança nas capitais e cidades médias do país**. 11/03/2009.

Disponívelem:<<http://virgula.uol.com.br/ver/noticia/inacreditavel/2009/03/11/117947-na-rota-do-crack-droga-avanca-nas-capitais-e-cidades-medias-do-pais>>. Acesso em: 01 set. 2011.

