



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR**  
**SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**MESTRADO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA**

Anne Alice Quaresma Mattos

**O USO DO CRACK E AS ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO  
DE DANOS**

**SALVADOR – BAHIA**

**2015**

**ANNE ALICE QUARESMA MATTOS**

**O USO DO CRACK E AS ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO  
DE DANOS**

Dissertação a ser apresentada no Curso de  
Mestrado de Políticas Sociais e Cidadania da  
Universidade Católica do Salvador, Bahia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mary Garcia Castro

**SALVADOR – BAHIA  
2015**

UCSal. Sistema de Bibliotecas.

M444 Mattos, Anne Alice Quaresma.

O uso do crack e as estratégias de redução de danos/ Anne Alice Quaresma Mattos. – Salvador, 2015.

103 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador.  
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado Políticas Sociais e Cidadania.

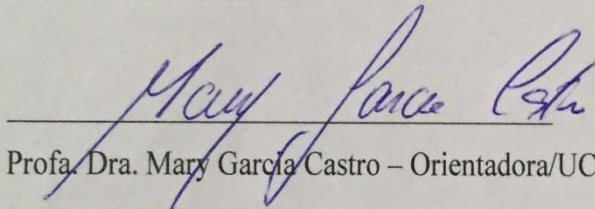
Orientação: Profa. Dra. Mary Garcia Castro.

**TERMO DE APROVAÇÃO****ANNE ALICE QUARESMA MATTOS****“O USO DO CRACK A AS ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS”.**

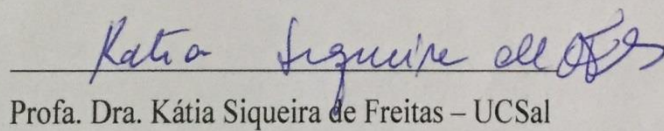
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 07 de dezembro de 2015.

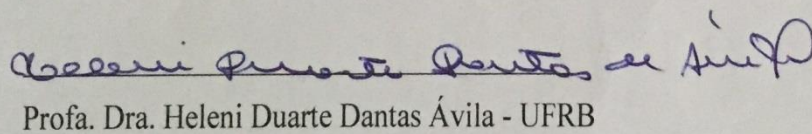
Banca Examinadora:



Prof. Dra. Mary Garcia Castro – Orientadora/UCSal



Prof. Dra. Kátia Siqueira de Freitas – UCSal



Prof. Dra. Heleni Duarte Dantas Ávila - UFRB

*A minha querida tia Doralice Quaresma, pelo exemplo de garra e coragem, incentivo constante e carinho até no final de sua vida.*

*Saudades eternas, tia Dorinha! (In memoriam)*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que tornaram possível a realização desta dissertação de mestrado e, em especial:

A minha orientadora, Prof. Dra. Mary Castro, Pró querida, divertida, generosa e sábia, obrigada pelas preciosas dicas, atenção e cuidado.

Ao estimado Prof. Michel Perreault (*in memoriam*) pela solidariedade, escuta e empenho na composição da Banca Examinadora, minha gratidão e admiração.

As professoras Dras. Heleni Ávila e Kátia Siqueira pelo incentivo, apoio e disponibilidade sempre.

A equipe do CAPSad Gregório de Matos, agradeço pela receptividade e disponibilidade em fornecer os dados fundamentais para esta dissertação.

A Cristiane Lima, secretária do Comitê de Ética e Pesquisa pela sensibilidade e empenho no registro deste trabalho.

Ao jovem amigo Eduardo Maia pelo apoio e incentivo.

Aos meus familiares, em especial ao meu esposo Antônio Rabelo que, apoiou-me com afinco em todos os momentos de elaboração deste trabalho.

A meu pai Abehildo Mattos (*in memoriam*) pelo carinho e cuidado que sempre me dispensou, antes de nos ter deixado tão cedo. Enorme é o meu desejo de que hoje aqui estivesse comigo!

A minha mãe Selma Quaresma e a minha filha Jamille Mattos, a meu irmão Bena Quaresma pela compreensão nos momentos em que estive ocupada e sem tempo, dedicando-me a este trabalho.

Não poderia deixar de lembrar da minha tia Lia Leal, pelo cuidado constante e afeto que sempre me dispensou.

Obrigada a todos pela colaboração e atenção a mim dispensadas.

*A autêntica riqueza da experiência humana perderia parte de sua alegria se não existissem limitações a superar. O cume da colina não teria nem metade de sua maravilha se não houvesse vales obscuros para atravessar.*

Halina Boulez

MATTOS, Anne Alice Quaresma. **O uso do crack e as estratégias de redução de danos.** Dissertação (Mestrado) Universidade Católica do Salvador, Superintendência de Pesquisa e Pós-graduação. Mestrado Políticas Sociais e Cidadania, Salvador, 2015,

## RESUMO

O presente estudo pretendeu refletir sobre o uso do crack, as estratégias de redução de danos, os seus efeitos nos usuários, sua efetividade em um serviço de saúde especializado no atendimento a usuários do crack e outras substâncias psicoativas (SPA), no município de Salvador. A metodologia utilizada foi uma análise documental da produção técnica e científica do serviço especializado escolhido para essa pesquisa, com respeito às estratégias de redução de danos e sobre o histórico do uso do crack. À análise documental foi acoplada uma pesquisa qualitativa realizada, através da técnica de entrevista semiestruturada aplicada a quatro profissionais de saúde, que atuam com as estratégias de redução de danos em usuários do crack. Teve-se como foco, avaliar os procedimentos, as estratégias de redução de danos, as dificuldades e os avanços das políticas públicas de saúde. Os resultados evidenciaram a efetivação da *clínica psicossocial* nas ações desenvolvidas *intra* e *extra muros* do serviço estudado; o respeito aos direitos individuais no cuidado desenvolvido; a complexidade da técnica de redução de danos, suas vantagens e as dificuldades advindas do preconceito para com os usuários de SPA e a conseqüente falta de parcerias dentro do próprio setor saúde e dos setores sociais para o melhor desempenho do cuidado de inclusão social.

*Palavras-chave: substâncias psicoativas, crack, redução de danos, políticas de saúde.*



MATTOS, Anne Alice Quaresma. **O uso do crack e as estratégias de redução de danos.** Dissertação (Mestrado) Universidade Católica do Salvador, Superintendência de Pesquisa e Pós-graduação. Mestrado Políticas Sociais e Cidadania, Salvador, 2015.

### ***ABSTRACT***

This study aimed to reflect on the use of crack, harm reduction strategies, its effects on users, their effectiveness in a specialized health service in caring for crack users and other psychoactive substances (SPA), in Salvador. The methodology used was a documentary analysis of the technical and scientific production of specialized service chosen for this research, with regard to harm reduction strategies and about the history of crack use. In the documentary analysis has been engaged a qualitative survey carried out by semi-structured interview technique that was applied to four health professionals, operating with harm reduction strategies of crack users. It focused in review procedures, harm reduction strategies, difficulties and advances in public health policies. The results showed the realization of psychosocial clinic in actions developed in intra and extra walls of the service studied; the respect for individual rights in the care developed; the complexity of harm reduction technique, its advantages and difficulties arising from the prejudice toward PAS users and the consequent lack of partnerships within the health sector and the social sectors for the best performance of the social inclusion care.

*Keywords:* psychoactive substances, crack, harm reduction, health policies.

## GRÁFICOS E QUADRO

<b>Gráfico 1</b> – Distribuição por grupos de faixa etária dos usuários de crack e/ou similares entrevistados na pesquisa.....	<b>18</b>
<b>Gráfico 2</b> – Distribuição por grupos de faixa etária dos usuários de crack e/ou similares entrevistados na pesquisa segundo local (Capitais e Interiores) .....	<b>19</b>
<b>Gráfico 3</b> – Distribuição por grupos por escolaridade dos usuários de crack e/ou similares entrevistados na pesquisa .....	<b>19</b>
<b>Gráfico 4</b> – Distribuição por grupos com base no padrão de consumo dos usuários de crack e/ou similares entrevistados na pesquisa....	<b>20</b>
<b>Quadro 1</b> - Motivos que levaram ao uso de crack e/ou similares, segundo local (capital e cidades do interior) .....	<b>21</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
ARD-FC - Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcante  
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial  
CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CETAD - Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas  
CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas  
CONAD – Conselho Nacional de Drogas  
CONAIDS - Conselho Estadual para Assuntos de AIDS  
CONEN-SP - Conselho Estadual de Entorpecentes de São Paulo  
CONEP – Comitê Nacional de Ética em Pesquisa  
COFEN - Conselho Federal de Entorpecentes  
CETAD - Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas  
CNJ - Conselho Nacional de Justiça  
EACS – Equipe de Agentes Comunitários de Saúde  
ESF – Equipe de Saúde da Família  
FESF - Fundação Estatal Saúde da Família  
GM – Gregório de Matos  
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis  
MS - Ministério da Saúde  
NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial  
OMS- Organização Mundial da Saúde  
PRD - Programa de Redução de Danos  
RD - Redução de Danos  
SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas  
SESAB - Secretaria de Saúde de Estado da Bahia  
SINESP - Sistema Nacional de Informações de Segurança Pública, Prisionais e sobre Drogas.  
SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas  
SPA - Substâncias Psicoativas

UDI - Usuários de Drogas Injetáveis

UFBA - Universidade Federal da Bahia

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
1.1 – JUSTIFICATIVA .....	22
1.2 – OBJETIVOS .....	22
<b>CAPÍTULO 2 - REFERENTES TEMÁTICOS SOBRE O CRACK</b> .....	<b>24</b>
2.1 – HISTÓRICO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (SPA) .....	24
2.2 – O QUE É O CRACK .....	25
2.3 – AÇÃO DO CRACK NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL .....	26
2.4 – CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS .....	26
2.5 – VULNERABILIDADE E EXCLUSÃO SOCIAL DOS USUÁRIOS DO CRACK .....	27
2.6 - GRUPOS ESTIGMATIZADOS E OS USUÁRIOS DO CRACK .....	31
<b>CAPÍTULO 3 - HISTÓRICO SOBRE O USO DO CRACK E AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL</b> .....	<b>34</b>
3.1 – CONTROVÉRSIAS A RESPEITO DO USO DO CRACK.....	36
3.2 – DESMISTIFICANDO O CRACK .....	37
3.3 – POLITICAS CONTEMPORÂNEAS: “CRACK, É POSSÍVEL VENCER” .....	38
<b>CAPÍTULO 4 - PREVENÇÃO DO USO INDEVIDO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS</b> .....	<b>40</b>
<b>CAPÍTULO 5 - REDUÇÃO DE DANOS</b> .....	<b>42</b>
5.1 - O CONCEITO E ASPECTOS HISTÓRICOS.....	42
5.2 – O USO DO CRACK, SEUS EFEITOS E AS ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS .....	44
<b>CAPÍTULO 6 - METODOLOGIA</b> .....	<b>47</b>
6.1. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	50
6.2. O SERVIÇO PESQUISADO.....	50
6.3. COMPONENTES DA COLETA DE DADOS.....	51
6.3.1. Dados documentais .....	51

6.2.2. Análise das entrevistas semiestruturadas.....	78
6.2.3. Visita de campo.....	89
<b>CAPITULO 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>90</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>94</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>98</b>
A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	98
B - ROTEIRO DE ENTREVISTA .....	100

## APRESENTAÇÃO

O tema o uso do crack e as estratégias de redução de danos chamou-me a atenção durante um período (2012) da minha trajetória profissional, quando atuava como psicóloga clínica no CAPSII UFBA (CAPS tipo II, docente assistencial da UFBA em parceria com a SESAB e SMS de Salvador) situado no Bairro do Garcia, que atendia maiores de 18 anos, portadores de transtornos mentais severos e persistentes, desde a sua fundação em 12 de dezembro de 2008. Com base na portaria do Ministério da Saúde de número 3088/11, que instituiu a rede de atenção psicossocial para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras SPA, a Unidade passou a atender usuários com comorbidade de transtorno mental e uso e abuso de Substâncias Psicoativas (SPA).

Particpei de alguns cursos de capacitação para o melhor atendimento e cuidado a esse novo público-alvo. O primeiro foi o Curso de Atualização em Gerenciamento de Casos e Reinserção Social no Campo das Substâncias Psicoativas no período de março a agosto de 2012, promovido pelo CETAD - Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde de Salvador – BA (SMS). Através do curso, eu e uma das assistentes sociais do CAPSII UFBA, colocamos em prática na unidade, o projeto Prevenção do Uso de Drogas na Perspectiva da Redução de Danos em Sala de Espera em um Serviço de saúde, em parceria com a Universidade Salvador (UNIFAS), com a participação de alunos de Psicologia supervisionados e acompanhados por professora da referida Faculdade e docente da disciplina de Estágio Básico II. Foram desenvolvidas ações de promoção de educação para prevenção e práticas dos princípios de redução de danos quanto ao uso e abuso de substâncias psicoativas e Infecções Sexualmente Transmitidas (IST) aos usuários do serviço, através de oficinas, palestras e grupos terapêuticos. O projeto foi exitoso e continua até hoje sendo realizado na Unidade.

O segundo curso foi o de Intervenção Breve e Aconselhamento Motivacional, promovido pelo Centro Regional de Referência para Formação Permanente dos Profissionais que atuam nas Redes de Atenção Integral à Saúde e de Assistência Social com Usuários de Crack e Outras Drogas e seus Familiares da Aliança de

Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARD-FC) em parceria com a UFBA e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) no período de outubro a novembro de 2012. Esse curso foi enriquecedor não só para aquisição de inúmeros conhecimentos e princípios teóricos, como também na parte prática onde íamos a campo em companhia dos redutores de danos. (em lugares como o Pelourinho e a região do Gravatá entre outras), onde eram realizadas ações de Redução de Danos (RD) com os usuários de SPA, principalmente o uso de crack.

Foi um universo novo, instigante e desafiador para mim. Descobri que os usuários de SPA buscam tomar consciência de seu problema e da possibilidade de mudança.



## Capítulo 1 - INTRODUÇÃO

O processo de globalização, via difusão de valores, tem acarretado a ruptura de antigos controles comunitários sobre a vida dos indivíduos, ocasionando modificações nas maneiras como os indivíduos concebem suas relações com o espaço, o tempo e a produção, levando-os a procurar o preenchimento de vazios existenciais, inerentes à condição humana, através do consumo imediatista de uma infinidade de produtos (NERY-FILHO, 2004, p. 10).

O concomitante aumento do individualismo também solapou normas e os costumes que ajudavam a evitar que o uso de psicoativos tivesse consequências indesejáveis. Na atualidade, as substâncias psicoativas podem ser mercadorias-símbolo do capitalismo, devido à fugacidade de seus efeitos, à compulsão em usar mais e aos altos lucros que rende seu comércio. (*Ibidem*).

Assim como outros aspectos da vida moderna, seu consumo adquiriu características antissociais, muitas vezes ameaçadoras da saúde coletiva. Extrapolando o aspecto exclusivamente sanitário, a questão do uso de substâncias psicoativas assume, atualmente, importante papel nos jogos de poder em todos os níveis, como, por exemplo, as episódicas e intensivas preocupações de gestores públicos divulgadas pelos meios midiáticos, resultado de intenções mais políticas que técnicas e sanitárias. (*ibidem*)

A estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o Brasil é que existam 3% de usuários, o que implicaria em 6 milhões de brasileiros. O Ministério da Saúde trabalha com 2 milhões de usuários e estudo da Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP) patrocinado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) demonstra que um terço dos usuários encontra a cura, outro terço mantém o uso e outro terço morre, sendo que em 85% estão relacionados à violência (BRASIL, 2013).

Atualmente existem dois discursos contrapostos sobre o consumo de drogas, conforme assegura Bravo (2000) em sua tese: o tradicional, que diz respeito a práticas repressivas, focalizada criminalização do usuário de drogas ilegais; e um mais recente, denominado Redução de Danos (RD), que objetiva a diminuição dos efeitos prejudiciais do

consumo de SPA com o foco no sujeito e na sua saúde, no qual se aceita que “bem ou mal, as substâncias psicoativas, sendo elas lícitas ou ilícitas fazem parte deste mundo, e [se] escolhe trabalhar para minimizar seus efeitos danosos” (BRAVO, 2000. In VALÉRIO, 2010, p.16).

A RD foi constituída inicialmente por um conjunto de estratégias para lidar com as Hepatites e com o avanço da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) associados ao uso de Substâncias Psicoativas (SPA) injetáveis, entre os usuários destas drogas, e que foram implementadas junto a esse seguimento de usuários. Uma dessas estratégias, que deu maior visibilidade à redução de danos no Brasil e no mundo, foi a troca de seringas usadas por seringas novas. É importante salientar que o primeiro Estado brasileiro a implantar oficialmente as ações que se constituem como Redução de Danos foi a Bahia, através do Programa de Redução de Danos (PRD) do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), serviço da faculdade de medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em 1995 (VALÉRIO, 2010, p.16).

Podemos dizer, genericamente, que a adoção de atitudes preventivas frente aos fatores que geram os processos saúde-doença expressa o acesso e a apropriação, por parte dos sujeitos, de bens materiais e imateriais socialmente produzidos. Nesta direção, podemos inferir que a adoção de comportamentos menos arriscados em relação ao uso de drogas em relação aos riscos de transmissão de doenças revela, ao mesmo tempo, as condições socioculturais de transformação de valores e atitudes e as possibilidades de acesso aos bens materiais, por parte de grupos e indivíduos. (DOMANICO, 2006, p.6).

O surgimento do crack no Brasil foi detectado por redutores de danos que trabalhavam com usuários de substâncias psicoativas injetáveis no início da década de 90 (BRASIL, 2010, p. 42).

Em 2005, o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil nas 108 maiores cidades revelou que 0,7% já haviam feito uso do crack. O maior percentual foi entre homens (3,2%) na faixa de 25 a 34 anos. A maior concentração foi nas regiões Sul e Sudeste. A comparação desse estudo com o de mesmo nome realizado em 2001 mostrou aumento estatisticamente significativo (*Ibidem*).

Segundo o CEBRID (BRASIL, 2010, p. 43), o uso frequente de crack foi mencionado em quase todos os Estados, sendo maior em São Paulo, Recife, Curitiba e Vitória (15 a 26%). A procura de tratamento por usuários de crack ocorreu mais no Rio de Janeiro, segundo esse estudo.

O último e mais completo levantamento do uso de crack no Brasil foi realizado pela SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, em parceria com a Fiocruz (FIOCRUZ/SENAD, 2013), tendo em vista a gravidade que o consumo de crack representava para os usuários, quer do ponto de vista social, quer da saúde.

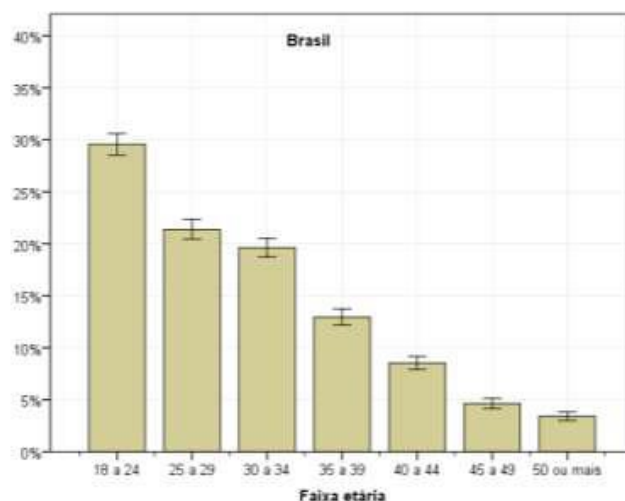
Segundo esse estudo, os usuários regulares de crack e de formas similares de cocaína fumada (pasta-base, merla e *oxi*) somaram 370 mil pessoas nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Considerada uma população oculta e de difícil acesso, ela representa 35% do total de consumidores de drogas ilícitas, com exceção da maconha nesses municípios estimada em 1 milhão de brasileiros.

Os resultados desse estudo mostram que 1.035.000 são usuários de drogas ilícitas (exceto maconha) e aproximadamente 370.000 usuários de crack e similares. Com respeito à faixa etária,

No Brasil, os usuários de crack/similares entrevistados foram, majoritariamente, adultos jovens – com idade média de 30 anos (desvio-padrão de 0,3). Ressalte-se que não se observou uma quantidade expressiva de crianças e adolescentes nas cenas visitadas, apesar desse subgrupo estar presente em diversas cenas dos diferentes municípios pesquisados. Apesar das variações regionais e locais, crianças e adolescentes **não** constituem a maioria das cenas em nenhum local pesquisado (FIOCRUZ/SENAD, 2013,p. 5).

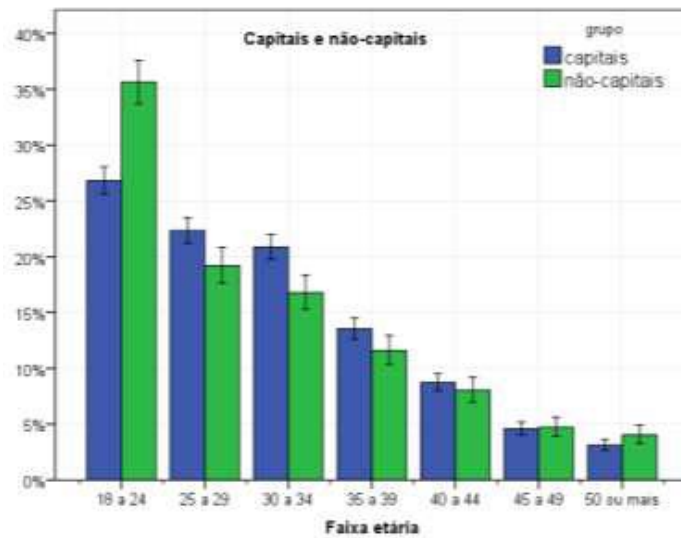
Os Gráficos 1 e 2 mostram a distribuição por grupos de faixa etária dos usuários de crack e/ou similares entrevistados na pesquisa citada, segundo local (Capitais e Interiores do Estado).

**Gráfico 1 - DISTRIBUIÇÃO GERAL DOS USUÁRIOS DE CRACK POR FAIXA ETÁRIA - 2012**



Fonte: Fiocruz, 2013.

**Gráfico 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS DE CRACK POR FAIXA ETÁRIA EM CAPITAIS E NÃO CAPITAIS DO PAÍS – 2012**

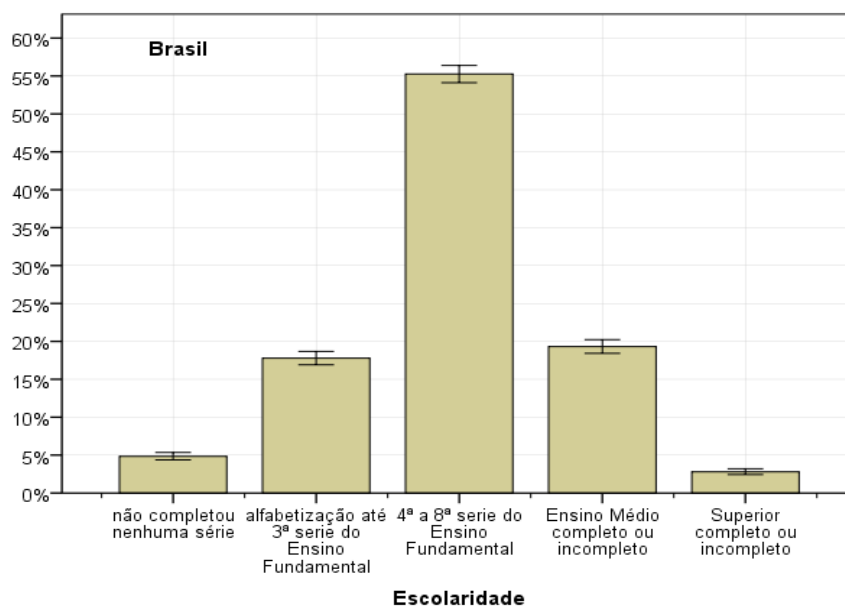


Fonte: Fiocruz, 2013.

Com respeito a sexo/gênero, a predominância foi masculina, 78,7% aproximadamente em ambos os locais. Quanto à situação conjugal, os solteiros foram 61%, os casados/juntados 25% e 16% separados, divorciados e viúvos.

Os não brancos 81% e os brancos 19%. A escolaridade está representada no Gráfico 3:

**Gráfico 3 - ESCOLARIDADE DOS USUÁRIOS DE CRACK POR FAIXA ETÁRIA - 2012**



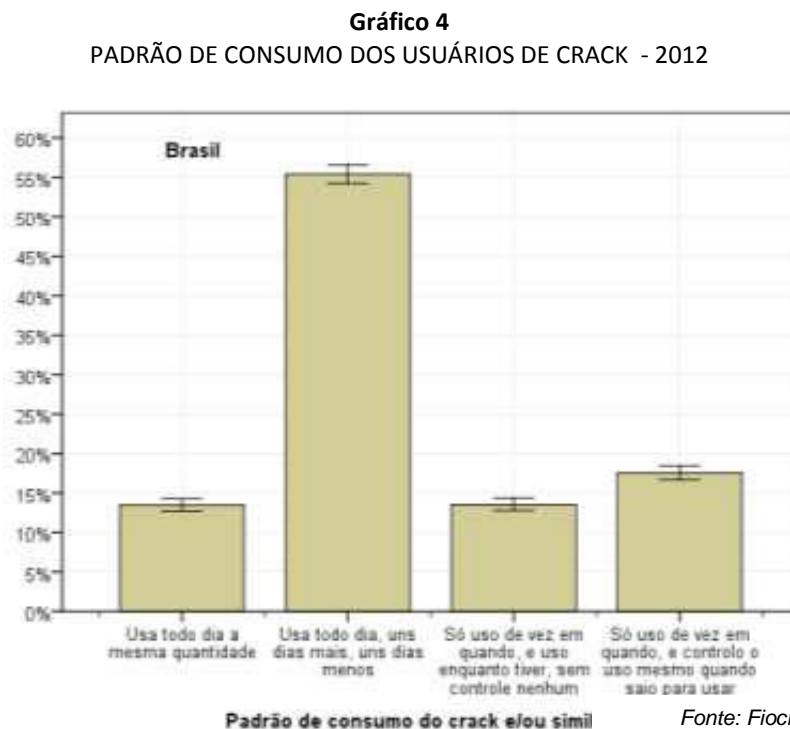
Fonte: Fiocruz, 2013

Quanto à moradia, o mesmo estudo da Fiocruz de 2013 refere:

Não se pode afirmar de maneira simplista que os usuários de crack são uma população de/na rua, mas é expressiva a proporção de usuários nesta situação - aproximadamente 40% (IC95%: 34,2-44,1) dos usuários no Brasil se encontravam em situação de rua. Isso não quer dizer que esse contingente expressivo, necessariamente, morava nas ruas, mas que nelas passava parte expressiva do seu tempo (não estando, portanto, acessível a inquéritos domiciliares que, em consonância com os preceitos éticos, autorizam entrevistas domiciliares em horários habitualmente designados como “comerciais”, ou seja, com a exclusão de noites e madrugadas).

Comparando-se as capitais com os demais municípios do país, observou-se uma diferença estatisticamente significativa, com nível de 5% de confiança, entre as proporções nestes dois grupos de municípios. Nas capitais, 47,3% (IC 95%: 42,8-51,8) dos usuários estavam em situação de rua, enquanto que nos demais municípios essa proporção é de, aproximadamente, 20% (IC95%: 15,2-29,6), o que documenta uma questão comum em todos os fenômenos urbanos – a pronunciada variação em decorrência da natureza própria do tecido urbano, sua dinâmica social e características econômicas e culturais (p. 12).

O padrão de consumo está representado no Gráfico 4:



O uso de injetáveis na população de estudo foi de apenas 20%. O motivo que levou ao uso do crack está discriminado no Quadro 1, cujo autor fez a seguinte análise:

Esses achados apontam para duas questões centrais em políticas públicas: reforçar laços familiares de modo a minimizar os conflitos e prevenir o consumo e/ou facilitar a ressocialização do usuário, trabalhando não apenas com o usuário individual, mas também com suas redes sociais e suas famílias.

Ainda, a vontade/curiosidade de usar a droga e sentir seus efeitos associada ao acesso facilitado às drogas (representado pelo motivo do uso sendo "conseguiu a droga/pintou") ressaltam a importância de se enfatizar as atividades de prevenção ao risco associado ao uso, mesmo que experimental.

Apesar do preço do crack/similar ser inferior ao da cocaína inalada, esse diferencial não se mostrou um motivo central para o início do consumo da droga, sendo relatado como razão para o uso por menos de 2% dos usuários (IC95%: 0,9-1,8). Portanto, o preço seria antes um fator contribuinte e de facilitação de um consumo mantido ao longo do tempo (uma vez que financiar o hábito demandaria menos recursos), mas não o fator determinante do início do consumo (p. 15-16).

**Quadro 1** - MOTIVOS QUE LEVARAM AO USO DO CRACK OU SIMILARES SEGUNDO O LOCAL DE USO - 2012

MOTIVOS QUE LEVARAM AO USO DE CRACK E/OU SIMILARES, SEGUNDO LOCAL	BRASIL	CAPITAIS	NÃO-CAPITAIS
CONSEGUIU A DROGA / SENTIU VONTADE/CURIOSIDADE DE TER EFEITO DA DROGA	58,3	58,0	58,9
PERDAS AFETIVAS / PROBLEMAS FAMILIARES / VIOLÊNCIA SEXUAL	29,2	30,6	26,1
POR PRESSÃO DOS AMIGOS	26,7	24,4	31,6
VIDA RUIM, SEM PERSPECTIVAS	8,8	6,6	9,2
PERDA DO EMPREGO/FONTE DE RENDA	1,6	1,4	1,9
PREÇO BARATO	1,6	0,9	2,2

Fonte: Fiocruz, 2013

Segundo o estudo, dos serviços para tratamento ambulatorial da dependência química, o CAPSad foi o mais procurado, apesar de por apenas 6,3% (IC 95%: 4,9-8,0) desses usuários. Isso sugere o reforço à premente necessidade de ampliação e fortalecimento desses equipamentos no âmbito da rede de saúde, assim como as "pontes" (serviços intermediários, agentes de saúde, redes de pares, consultórios na rua...) entre as cenas de uso e os serviços já instalados. Quando

considerados os equipamentos de atenção em regime residencial ou internação, as Comunidades Terapêuticas foram os mais procurados pelos usuários – 4,2% (IC 95%: 3,0-5,9).

## 1.1 - JUSTIFICATIVA

O advento e o crescimento do consumo e dos problemas relacionados ao uso e abuso do crack constituem, atualmente, grandes desafios para a implementação de uma política de atenção aos problemas com substâncias psicoativas no Brasil.

Tal situação tem frequentemente exigido respostas eficazes do governo e da sociedade na construção de um programa de intervenção integrada, que inclua ações relacionadas à promoção de saúde, de conscientização e informações sobre os riscos do uso do crack, disponibilização de adequados serviços de atendimento, estudos clínicos sobre tratamento, pesquisas e avaliação sobre o uso e abuso do crack.

É muito importante discutir e aprofundar os estudos do uso do crack e as estratégias de redução de danos em um serviço docente-assistencial especializado no atendimento a usuários de SPA como o CAPSad Gregório de Matos , no município de Salvador.

## 1.2 - OBJETIVOS

### Geral

Analisar o uso do crack e as estratégias de redução de danos, considerando avanços, dificuldades e a efetividade de sua implantação no serviço especializado e os seus efeitos nos usuários.

### Específicos

- Explorar os atuais dados epidemiológicos
- Perfilhar aspectos sociodemográficos dos usuários.

- Verificar como as estratégias de redução de danos contribuem para a diminuição dos riscos à saúde dos usuários do crack.
- Identificar os procedimentos desenvolvidos pelo serviço estudado no tocante à política de redução de danos no uso do crack e as dificuldades de concretização.



## Capítulo 2 – REFERENTES TEMÁTICOS SOBRE O CRACK

### 2.1 - HISTÓRICO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (SPA)

A humanidade possui inúmeros registros históricos, evidenciando o uso de drogas no cotidiano. Na antiguidade, as drogas eram utilizadas em cerimônias e rituais coletivos para se obterem prazer, diversão e experiências místicas (transcendência). Os indígenas utilizavam as bebidas fermentadas – álcool - em rituais sagrados e em festividades sociais. Os egípcios usavam o vinho e a cerveja para o tratamento de uma série de doenças, como meio para amenizar a dor e como abortivo. O ópio era utilizado pelos gregos e árabes para fins medicinais, para o alívio da dor e como tranquilizante. O cogumelo era considerado sagrado por certas tribos de índios do México, que o usavam em rituais religiosos, induzindo alucinações. Os gregos e romanos usavam o álcool em festividades sociais e religiosas. Ainda hoje, o vinho é utilizado em cerimônias católicas e protestantes, bem como no judaísmo, no candomblé e em outras práticas espirituais (BUCHER, 1986).

Nesse sentido, a utilização das drogas sempre esteve presente em toda a história da humanidade relacionada a usos coletivos ritualísticos, religiosos e na obtenção do prazer e na medicina. Esses usos foram raramente percebidos como ameaçadores da ordem social constituída, exceto durante o período da caça aos heréticos e às bruxas (ESCOHOTADO, 1994).

Foi somente no final do século XIX e início do século XX, com a aceleração dos processos de urbanização e industrialização, e com a implantação de uma nova ordem médica, que o uso e abuso de vários tipos de drogas passaram a ser problematizados. Assim, seu controle passou da esfera religiosa para as da biomedicina e ação social, inicialmente nos grandes centros urbanos dos países mais desenvolvidos do ocidente (MCRAE, 2007).

A partir do século XIX, o avanço científico conduziu a aprofundamento do conhecimento sobre os efeitos das substâncias psicoativas no organismo e sua ação sobre o comportamento humano e a química realizou avanços tão sensacionais que as drogas deixaram de ser vegetais mais ou menos mágicos ligados a rituais e passaram a ser usadas indiscriminadamente para diversos fins

– terapêuticos, emocionais, de dependência, etc. Atualmente, vários tipos de substâncias psicoativas vêm sendo usadas para inúmeras finalidades que se estendem desde um uso lúdico com o objetivo de obtenção do prazer, até o desencadeamento de estado de êxtase, uso místico, curativo ou no contexto científico atual. A experimentação e o uso dessas substâncias têm crescido de forma consistente em todo o país e, com especial evidência, o uso do crack. Atualmente se usa o termo substâncias psicoativas quando se refere a drogas. São elas substâncias que agem sobre o cérebro, modificando seu funcionamento e provocando mudanças no comportamento (alterações da consciência, do humor, das senso - percepções e do pensamento) e que podem induzir a estados de dependência. (NERY-FILHO, 2004, p.23)

## 2.2 -- O QUE É O CRACK

No Curso de Capacitação do SENAD para Conselheiros e Lideranças Comunitárias (BRASIL, 2010), a descrição do Crack foi assim feita:

O crack é uma forma distinta de levar a molécula de cocaína ao cérebro. Sabe-se que a cocaína é uma substância encontrada em um arbusto originado de regiões dos Andes, sendo a Bolívia, o Peru e a Colômbia seus principais produtores. Os nativos desta região mascam as folhas da coca desde antes da chegada dos conquistadores espanhóis no século XIX; foi levada para a Europa, onde se identificou qual era a substância que provocava seu efeito. Esta foi, então, chamada de cocaína.

A partir daí, processos químicos passaram a ser utilizados para separar cocaína da folha da coca, gerando um pó branco, o cloridrato de cocaína. Desde o século XIX, este pó branco é utilizado por usuários de cocaína, seja por meio de sua inalação nasal, seja dissolvido em água pela sua ingestão nas veias. Utilizando diferentes processos de fabricação, além do pó branco, podem ser produzidas formas que podem ser fumadas. São elas: a merla, a pasta de coca e o crack (p. 41).

As diferentes formas de administração da molécula de cocaína (inalada, injetada ou fumada) apresentam efeitos distintos no indivíduo. Quando fumada, grande quantidade da molécula atinge o cérebro quase imediatamente, produzindo efeito explosivo descrito pelos usuários como enorme sensação de prazer. Essa

substância psicoativa é então rapidamente eliminada do organismo, produzindo súbita interrupção da sensação de bem estar, seguida, imediatamente por imenso desprazer e grande vontade de reutilizá-la. Isso caracteriza a fissura ou “*craving*” (*Ibidem*).

Uma diferença entre o crack e a cocaína em pó é que, para os produtores, o crack é muito mais barato. Em suma, o crack é uma forma muito barata de levar as moléculas de cocaína ao cérebro em segundos, provocando efeito muito intenso de prazer. (*Ibidem*).

### 2.3 - AÇÃO DO CRACK NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC)

A dependência é uma complicação que pode ocorrer entre usuários de cocaína e crack. A dependência se caracteriza pela perda de controle do uso e por prejuízos decorrentes dele em várias esferas da vida: pessoal, familiar, de lazer, judicial, etc. (BRASIL, 2010, p.43).

Ainda segundo BRASIL (2010):

Quando a cocaína é fumada na forma de crack, o vapor aspirado é rapidamente absorvido pelos pulmões, alcançando o cérebro em 6 a 8 segundos. Quando a droga é injetada nas veias demora de 16 a 20 segundos e quando cheirada demora de 3 a 5 minutos para atingir o mesmo efeito. Fumar o crack é a via mais rápida de fazer com que a droga chegue ao cérebro e provavelmente esta é a razão para a rápida progressão à dependência. Comparando-se o uso do crack com outras formas de uso da cocaína, há uma proporção maior de uso intenso e de aumento da fissura entre os que usam crack. (BRASIL, 2010, p.43).

### 2.4 – CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS

No município de São Paulo, um estudo com profissionais do sexo que usavam crack (BRASIL, 2010, p.48), mostrou que a maioria dessas mulheres é jovem, mãe, com baixa escolaridade, mora com familiares ou parceiros e é sustentada por elas mesmas. A maioria trocava sexo por crack diariamente (de um a cinco parceiros por dia), não escolhia o parceiro, o tipo de sexo, tampouco exigia o

uso da camisinha. Outro estudo sobre mulheres trabalhadoras do sexo em Santos mostrou a associação entre uso do crack, uso de cocaína injetável e positividade para o HIV.

Ainda em São Paulo, estudo de seguimento (*follow-up*) de cinco anos com 131 pacientes que estiveram internados mostrou que 18% morreram no período estudado. A taxa de mortalidade anual (2,5%) era sete vezes maior do que a da população geral da cidade. A maioria dos que morreram eram homens de menos de 30 anos, solteiros e com baixa escolaridade. As causas externas foram responsáveis por 69% dessas mortes, sendo 56,6% por homicídio, 8,7% por overdose e 4,3% por afogamento. Entre as causas naturais (não externas), 26,1% foram por HIV/AIDS e 4,3% por Hepatite B (*Ibidem*).

## 2.5 – VULNERABILIDADE E EXCLUSÃO SOCIAL DOS USUÁRIOS DO CRACK

O conceito de exclusão surge muitas vezes como substitutivo de “marginalização”, de “pobreza”, de “segregação”, de “estigmatização”, de “desigualdades”, entre muitos outros. Por outro lado, a análise dos processos de exclusão é inúmeras vezes dificultadas pelas debilidades de articulação teórica das várias abordagens do fenômeno e dos mecanismos que o compõem, desde logo misturadas de forma sem prudência com a abordagem da pobreza. (RODRIGUES, 2000, p. 174).

A pobreza será a forma extrema da desigualdade social, facilitando o alargamento do fosso entre os grupos sociais, ou seja, promovendo o aumento da polarização social. A exclusão social, por seu lado, surge como um processo, com caráter estrutural, de fragilização e ruptura dos laços sociais e conseqüentemente dependência do assistencialismo público. A falta de recursos é apenas, uma dimensão nem sempre a mais importante do processo de exclusão. (*Ibidem*).

A exclusão social, ainda segundo Rodrigues (2000), é um processo que pode assumir duas formas principais: por um lado, a ruptura pela ausência de um conjunto de recursos básicos (recursos econômicos, culturais, simbólicos), que

afeta populações fragilizadas como os sem-abrigo, os toxicodependentes, os desempregados de longa duração, etc.; por outro, a ruptura como consequência de mecanismos de estigmatização que afetam grupos sociais específicos, nomeadamente as minorias étnicas. (RODRIGUES, 2000: 174).

Segundo a linha de Peter Townsend, 1979 (*Apud* RODRIGUES, 2000: 175), os excluídos são os indivíduos que acumulam um conjunto de riscos, de dificuldades ou de *handicaps*, através de trajetórias de vida que reforçam diferentes tipos de rupturas e perdas ou privações, agravados pelos mecanismos sociais de estigmatização prévios ou posteriores ao processo de ruptura. O autor desenvolve o argumento segundo o qual a pobreza vai continuar a existir, mesmo em contextos socioeconômicos de prosperidade, na medida em que a pobreza é uma noção de privação por comparação de uns com os outros indivíduos, no interior de uma sociedade com normas e valores em mudança.

Acompanhando a linha analítica de Peter Townsend, 1979 (*apud*. RODRIGUES, 2000) «os excluídos são os indivíduos ou famílias que acumulam um conjunto de riscos, de dificuldades ou de *handicaps* que os conduzem à pobreza económica, ao enfraquecimento dos laços familiares e sociais, ao descrédito social e mesmo à perda de laços identitários. Se nos detivermos nos trabalhos franceses mais recentes, a "desfiliação" (Castel), a "desqualificação social" (Paugam), a desinserção (De Gaulejac), produzem-se no seguimento de trajetórias individuais nas quais se acumulam e reforçam diferentes rupturas e "perdas" ou privações, aumentadas pelos mecanismos sociais que tendem a estigmatizar» (Strobel, 1995: 34-35, *apud*. RODRIGUES, 2000: 175) Este fenómeno ocorre com grupos sociais vítimas de estigmas por efeito da sua pertença grupal (é o caso das minorias étnicas, por exemplo), mas igualmente por efeito da intervenção estatal pouco consistente, passível de criar estigmas, como acontece com os "assistidos" em geral. Como sustenta G. Simmel, a situação a partir da qual os indivíduos se tornam assistidos pelo Estado confere-lhes, desde logo, a condição de membros de um grupo caracterizado pela situação de pobreza. (RODRIGUES, 2000: 175).

São muitos os autores que falam sobre a exclusão social e em diversas concepções. A exclusão não é, pois, a desigualdade, nem a diferenciação social, nem a desvantagem social, mas uma ruptura, um processo de descolagem relativamente à sociedade como um todo.

Segundo R. Castel, 2005 (*apud* GONTIJO e MEDEIROS, 2010), o processo de exclusão social se distingue em 4 estágios: a integração, a vulnerabilidade, a assistência e a desfiliação. Em relação à desfiliação, o autor refere que é o momento mais extremo de exclusão social, corresponde à ruptura, à quebra dos laços familiares e grupos mais próximos. Neste aspecto, a exclusão social vai ser o resultado de várias rupturas de pertenças e de relações, que isola os indivíduos, afastando-os dos grupos e da sociedade em geral. Ele diz: “hoje a zona de integração abre brechas, a zona de vulnerabilidade está só em expansão e alimenta continuamente a zona de desfiliação” (CASTEL, 1991: 152. *Apud* GONTIJO e MEDEIROS, 2010). E ainda: “o risco, sempre que falamos de exclusão, é de nomear um estado, que nos propomos tratar por si próprio, ao passo que é a ponta mais extrema de um processo” (CASTEL, 1992: 136, *apud* GONTIJO & MEDEIROS, 2010).

A marginalização social é discutida por Castel a partir da identificação da existência de indivíduos considerados “*supranumerários caracterizados pela situação de flutuação na estrutura social e que povoam seus interstícios sem encontrar aí um lugar designado*”. A existência destes indivíduos caracteriza um modo de existência social específico, que se configura na interação entre dois eixos associados de forma dinâmica: trabalho e inserção relacional. (CASTEL, 2005 *apud* GONTIJO & MEDEIROS, 2010: 2)

O cruzamento desses eixos resulta em zonas de coesão social utilizadas para a explicação das formas de existência social:

- I) Na “zona de integração,” encontram-se os indivíduos que associam trabalho estável com inserção relacional sólida em grupos familiares e sociais.
- II) Na “zona de vulnerabilidade” é caracterizada a precariedade do trabalho e a fragilidade dos suportes de proximidade.
- III) Na “zona de assistência”, que se configura como a “zona da dependência segurada e integrada”. Nesta zona estão os indivíduos

que associam o não trabalho, por incapacidade de trabalhar (idosos, deficientes, crianças com forte inserção social, providas por mecanismos assistenciais). (GONTIJO e MEDEIROS, 2010: 2).

IV) Na “zona de desfiliação”, encontra-se a ausência de participação em qualquer atividade produtiva e isolamento social.

A vulnerabilidade é uma forma de existência social marcada pela fragilidade, em diferentes intensidades, das relações estabelecidas pelos sujeitos no mundo do trabalho e no contexto social mais estreito. Essa fragilidade, que pode decorrer tanto da participação destes sujeitos no mundo do trabalho como também pela escassez de relações sociais que lhes sejam significativas e fonte de suporte, pode culminar, através do agravamento destas situações, na situação de desfiliação. (*Ibidem*)

Nessas situações de vulnerabilidade e desfiliação encontramos indivíduos e grupos familiares impelidos ao desenvolvimento de estratégias que lhes garantam a sobrevivência diária em um contexto de privações de ordem econômica e social, limitando possibilidades de transformações em suas vidas. Enquanto grupo primário, a família apresenta-se como o *locus* para o estabelecimento de vínculos fundamentais à possibilidade de pertencimento em outros grupos mais amplos. Entretanto. Em contextos marcados pela extrema desigualdade social, as famílias têm encontrado dificuldades para cumprir estas tarefas básicas aos seus membros, em decorrência das situações de vulnerabilidade em que se encontram. Estas dificuldades podem refletir na busca pelas ruas como um espaço de vida e trabalho (*Ibidem*).

As populações de usuários de crack vêm em geral de pessoas já vulneráveis, mas as políticas sociais e o atendimento podem vulnerabilizar ainda mais se vão tratar os usuários como responsáveis pela sua vulnerabilidade e incapacidade de superar o problema (PERREAULT, 2008).

O *habitat* não pode ser reduzido somente ao domicílio, ao alojamento. Ele corresponde ao espaço frequentado por indivíduos e

grupos, lugar de trabalho, de circulação, de divertimento ou de repouso. É no *habitat* que se projeta a existência dos grupos, seus valores, suas representações coletivas, identidade, seus sonhos, seus desejos e reflexões. [...] A moradia é um direito básico de cidadania e qualidade de vida. (HORA e PERREAULT, 2014: 1).

## 2.6 – GRUPOS ESTIGMATIZADOS E OS USUÁRIOS DO CRACK

Viver nas ruas é bem diferente de ser pobre e ter barraco. Viver nas ruas é ter uma casa pública com paredes e tetos invisíveis. É aceitar os olhares invasores que vêm sempre de cima para baixo, ser chutado e ofendido sem motivos pelos policiais ou simplesmente por pessoas incomodadas com a presença deles. [...] Sem uma casa para retornar no final do dia, eles dormem em ambientes insalubres: calçadas, marquises, viadutos, bancos de praças. Ficam frágeis como folhas secas, levadas pela direção do vento e prontas para cair em qualquer lugar. Os moradores de rua estão vulneráveis às crueldades das noites. Eles são desprotegidos, excluídos, rejeitados e isolados pelos muros do preconceito e do medo. Não há horizontes e nem raízes para quem foi acolhido na rua. Vivem em um mundo à parte. (IVE, s/d: 1).

É sabido que a maioria dos excluídos são os grupos vítimas de discriminação, os sem-teto, sem-abrigo, sem trabalho, sem papéis, os portadores de HIV, pessoas portadoras de necessidades especiais, usuários de substâncias psicoativas e em especial os usuários do crack.

Todo agrupamento humano vai, inevitavelmente, conter pessoas que por diferentes razões ficam à margem do grupo. Nas capitais, por motivos óbvios, o número de indivíduos à margem é consideravelmente maior.

O problema fica particularmente complexo segundo Silveira (2015), quando esses indivíduos são socialmente excluídos, tornam-se incômodos e, por consequência, são classificados como “indesejáveis”, como é o caso da população em situação de rua que compõe as “cracolândias”. (SILVEIRA, 2015).

Em relação aos usuários do crack e principalmente aos em situação de rua, notam-se altos índices de vulnerabilidade e exclusão social. Vários são os



fatores que contribuem para isso: descuido em relação à sua saúde, aparência e asseio pessoal, conflitos e quebra ou ruptura dos vínculos familiares, o fato de viver em guetos...

Além disso, a vulnerabilidade e vulnerabilização, enormes com a perda das funções sociais, tais como trabalho, maternidade/paternidade, sexualidade, sociabilidade, interação social, muitas vezes a falta de moradia, etc...

Várias situações de risco pessoal e social tomam conta desses sujeitos fragilizados e vulneráveis: A prostituição, exploração sexual de crianças e adolescentes, trabalho infantil, vivência de rua, violência física e psicológica, criminalidade, falta e preconceito na assistência, causando negligência, desamparo e sofrimento.

O estigma e preconceito aos usuários do crack é enorme, principalmente com aqueles que vivem em situação de rua... As pessoas sentem medo, sentem-se ameaçadas, afastam-se ou os ignoram.

Na pirâmide de exclusão, os moradores de rua e usuários do crack, estão no topo. Não só pela privação material e a lancinante situação de pobreza, mas também a falta de vínculos afetivos e familiares provocando a desfiliação que lhes retira a cidadania, a qualidade de sujeitos portadores de desejos, sonhos e interesses que os diferenciam e os identificam como seres humanos.

Segundo IVE (s/d), ser excluído, nestas condições, é não encontrar nenhum lugar social, é manter-se prisioneiro do próprio corpo, suprimindo suas necessidades vitais sem suportes materiais e simbólicos. Não ter um lugar na sociedade é ser anulado socialmente e sobreviver com uma diferença desumana. Presos às circunstâncias lastimosas da vida na rua, estas pessoas têm as perspectivas de futuro bloqueadas e deixam de viver para apenas sobreviver.

A situação de exclusão social e miséria se relaciona ao fato das pessoas excluídas terem sido privadas de acesso à moradia, ao trabalho, à educação e à saúde. Com recursos tão precários, encontram-se vulneráveis e muitos acabam se tornando dependentes de álcool e de outras drogas, como o crack.

Diversas experiências internacionais têm mostrado que o resgate da cidadania é o fator de maior sucesso na abordagem de populações socialmente excluídas. Foi a resposta que encontraram como alternativa da falta de sucesso dos modelos de intervenção baseados na repressão, tanto policial quanto assistencial. (SILVEIRA, 2015).

São grandes os desafios para lidar de maneira adequada e cidadã com a exclusão e vulnerabilização dos usuários do crack: superar o estigma, o preconceito e o desconhecimento de alguns profissionais e da comunidade sobre o problema, fortalecimento das práticas de vínculo e acolhimento nos serviços, ampliação e fortalecimento da Rede de Proteção Social nos territórios, sobretudo com a sociedade civil, superar a ideia da abstinência e aceitar as estratégias de redução de danos aos usuários de substâncias psicoativas, articular o maior leque de possibilidades possível para a promoção de processos de resignação de vida e cidadania.

### Capítulo 3 - HISTÓRICO DO USO DO CRACK E AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

O uso do crack em nossa sociedade é praticamente recente, quando comparado com o uso da maconha, a cocaína e a heroína. Afirma Laranjeira (2011): “[...] o governo nunca reconheceu o crack como epidemia. Isso é uma grande bobagem”. Ainda,

[...] um estudo realizado por seu órgão limita o problema a ‘pequenas cenas de uso [cracolândias] [...] com cerca de dez pessoas’ (Laranjeira, 2011: p. 3).

E adiante, acrescenta:

[...] estimativas feitas há dois ou três anos já davam conta de que os usuários de crack ultrapassavam o número de 1 milhão. Desde então não aconteceu qualquer política efetiva de prevenção ou tratamento, portanto a lógica indica que esse grupo deve ser ainda maior. Na minha avaliação enfrentamos uma epidemia, sim. (*Ibidem*).

Após diversas reportagens televisivas e em periódicos nacionais da mídia brasileira, mostrando frequentemente a grande quantidade de usuários, fazendo uso dessa cocaína inalada (crack) nas chamadas *cracolândias*, principalmente nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro; a publicação de matérias, explicitando que “o crack é uma droga com alto grau de dependência, que mata ou manda para a cadeia cerca de 50% dos usuários” (*Ibidem*), o Ministério da Saúde do Brasil publicou, em 23/12/2011, a Portaria 3.088 (BRASIL, 2011), que redefiniu a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, dando grande ênfase ao cuidado sobre o uso das drogas, destacando, entre elas, o crack e, implementando, para tanto, o financiamento, monitoramento, formação de pessoal e avaliação em todo território nacional. Inclusive, definindo, na RAPS, além dos serviços comunitários (“Consultórios de Rua”, serviço de “Atenção Residencial de Caráter Transitório”, “Centro de Convivência”, “NASF – Núcleos de Apoio à saúde da Família”, “Centros de Atenção psicossocial” (CAPS) com ênfase no CAPSad III, aberto 24 horas), financiando a implantação e manutenção, desta vez, de novos serviços de internação, como as “UA - Unidades de Acolhimento” com tempo de *acolhimento residencial* de até 6 meses

(*Ibidem*, item III, alínea a), serviços de “Atenção em Regime Residencial”, dentre os quais as “Comunidades Terapêuticas” com duração de internação de até 9 meses (*Ibidem*, alínea b), “Serviço Hospitalar de Referência” para curta internação, “enfermarias especializadas em Hospitais Gerais” (*Ibidem*, V, a), SRT – Serviço de Residência terapêutica e, por fim, em caráter supletivo até a implantação completa da rede, os próprios Hospitais Psiquiátricos.

O advento do crack veio postular especificidades no cuidado a usuários de substâncias psicoativas com relação ao serviço e à própria tecnologia específica do cuidado. Se para os usuários de maconha e cocaína era justificada a filosofia de cuidar de quem voluntária e espontaneamente procurasse atendimento, o mesmo não pode se dizer com relação aos casos graves dos usuários de crack, cuja *fissura*<sup>1</sup> (*craving*) - termo técnico da psicopatologia - em logo pagar ao traficante e usar compulsiva e constantemente a droga, tem sugerido como alternativa a *internação*, nos termos da Lei da Saúde Mental 10.216/01 e na intenção da citada Portaria ministerial. Nesse sentido e em termos de serviços públicos, Salvador e o Estado da Bahia não os oferecem, até então, apresentando, pois, após o advento do crack, uma grande lacuna. Na hipótese de internação, os hospitais psiquiátricos têm sido procurados, todavia não são adequados, nem aparelhados para esse tipo de clientela.

Por fim, mesmo no nível nacional, as políticas públicas têm sido pouco eficazes e eficientes para o enfrentamento do problema, quer nos grandes centros urbanos, quer em municípios, mesmo de pequeno porte, do interior dos Estados. O programa do Governo Brasileiro “*Crack, é Possível Vencer*” lançado em 2011, após estudo de pesquisa inédito realizado pela Fiocruz, apresentou dados novos,

---

<sup>1</sup> “[...] é um estado em que o dependente químico enfrenta quando aparece uma vontade incontrolável em beber/usar drogas” (LLYSANIAS, 2013). Nos chamados casos graves (diferentemente dos *leves e moderados*, onde ainda existe a possibilidade de algum tipo de autocontrole), o usuário apresenta “alto comprometimento da saúde física decorrente do uso constante da substância, negligência total da vida familiar e profissional, perda momentânea da capacidade de decisão e discernimento ou de arbítrio sobre sua situação atual, recusa de qualquer ajuda profissional, o que qualifica possível internação *involuntária*, nos termos da Lei nº 10.216 de 16 de junho 2001. Tharcila V. e outros (2011) constataram “[...] um tipo de *fissura* que faz parte do próprio efeito do crack. Esta última apareceu como forte fator mantenedor dos *binges* de consumo, que foram os maiores responsáveis pelo rebaixamento de valores do usuário, sujeitando-o a práticas arriscadas para a obtenção da droga. Os métodos mais citados para a obtenção de crack ou dinheiro para comprá-lo foram: prostituição, manipulação de pessoas, endividamento, troca de pertences por crack e roubo”.

mas, até então pouca concretização houve. É, portanto um grande desafio a questão do uso do crack na sociedade e o debate sobre as estratégias de redução de danos, considerando o uso do crack.

### 3.1 – CONTROVÉRSIAS A RESPEITO DO USO DO CRACK

Não são poucas as controvérsias em torno do uso do Crack e do público-alvo que dele faz uso.

Antes se pensava que os usuários do crack, eram na maioria negros, pobres que viviam nas ruas, pessoas sem instrução e violentas. Na atualidade cada vez fica mais evidente, que não se pode generalizar a esse grupo os usuários de crack. Em recente reportagem na Revista Veja intitulada “Os Filhos do Crack”, Coutinho (2015) se refere ao crack:

Essa droga barata, feita de pasta-base de coca, bicarbonato de sódio e amônia, quando inalada leva à produção no cérebro de quatro vezes mais dopamina (um hormônio que dá sensação de prazer) do que a cocaína. Quatro em cada dez dependentes de crack têm endereço fixo. Não são ainda parte daquela multidão de andarilhos que vemos nas ruas, pele e osso, maltrapilhos, com o olhar petrificado. O crack está destruindo famílias, jogando no lixo décadas de estudo de suas vítimas e produzindo uma geração dickensiana de órfãos de pais vivos, abandonados em “lares sociais” para ser criados pela caridade dos outros. Muitos são filhos da classe média que, não fosse pelo crack, estariam de mãos dadas com o pai ou a mãe indo para a escola ou aprendendo a andar de bicicleta nos parques nos fins de semana (2015, p.85).

Em reportagem do jornal “O Estado de São Paulo” intitulada “Crack -solução é acolher e reconstruir vidas”, Padilha & Tykanori (2011) relatam:

A dependência, inclusive do crack, reúne situações sociais muito diversas: desde recursos para suportar a exclusão até estratégias para se sentir incluído. Nas estatísticas estão crianças na rua que se iniciaram nas drogas para suportar a fome e o frio, os trabalhadores rurais que acreditam que a pedra lhes pode fazer suportar toneladas a mais de cana-de-açúcar, profissionais liberais pressionados pelo desempenho no trabalho e jovens que querem alcançar, cada vez mais rapidamente, a inserção na turma. Para todos é crucial construir novos projetos e redescobrir sentido para a vida. (A2, 1).

.O CNJ – Conselho Nacional de Justiça do Brasil, referindo-se em “Cartilha sobre o crack”, afirmou que durante muito tempo a dependência química foi considerada uma dependência masculina: aspectos sociais e culturais que propiciavam mais acesso masculino às substâncias psicoativas levavam a crer que eles seriam de mais suscetíveis. No entanto, atualmente, o consumo de substâncias ilícitas e de álcool é indiscriminado entre mulheres e homens adultos e adolescentes (BRASIL - CNJ, 2011).

Também, antes se acreditava que o uso do crack era mais intenso nas classes de baixa renda, porém, hoje, a utilização do crack já ocorre em todas as classes sociais. As populações mais vulneráveis, entre elas, moradores de rua, crianças e adolescentes constituem importante grupo de risco (*Ibidem*).

### 3.2 – DESMISTIFICANDO O CRACK

Vários são os mitos em relação ao uso do crack, como por exemplo, quem fuma o crack é viciado e violento.

Segundo o neurocientista Carl Hart da Universidade da Colúmbia – EUA, para entender a natureza de influências como o álcool e as drogas ilícitas, precisa-se definir muito bem a verdadeira natureza dos problemas a eles relacionados. O fato de alguém fazer uso de substâncias psicoativas, ainda que regularmente, não significa que seja “viciado”. Não significa sequer que essa pessoa tenha um problema com drogas. (HART, 2014, p.22).

Entretanto, mais de 75% dos usuários de substâncias psicoativas - façam eles uso de álcool, remédios ou SPA ilegais - não enfrentam o problema do vício. Na verdade, as pesquisas demonstram reiteradamente que essa questão afeta apenas entre 10 e 25% daqueles que experimentam até as drogas mais estigmatizadas, como heroína e crack. O autor refere-se a vício, como tipo de uso problemático, que interfere com o desempenho das atividades da pessoa, e não apenas à ingestão de uma substância com regularidade (HART, 2014, p. 23).

Na verdade, boa parte do que não tem dado certo na maneira de se lidar com a questão das SPA tem a ver com o mau entendimento de causas e efeitos,

responsabilizando-se as SPA pelos efeitos das políticas relativas às SPA, da pobreza, do racismo institucionalizado e de muitos outros fatores não tão óbvios. Uma das lições fundamentais da ciência é que a correlação ou vínculo entre fatores não significa necessariamente que um dos fatores é causa do outro. Infelizmente, esse importante princípio raras vezes tem informado as políticas relativas às SPA. Na verdade, provas empíricas têm sido muitas vezes ignoradas na formulação das políticas (HART, 2014, p.26). Isso torna claro também, ao se examinarem as penalidades adotadas nos casos de crack e cocaína em pó e ao se explorar a falta de correlação entre gastos com ordem pública e prisões, uso de drogas e índices de vício. O crack, por exemplo, nunca chegou a ser usado por mais de 5% dos adolescentes, grupo que apresenta maior risco de se viciar. O risco de vício é muito maior quando o uso de drogas tem início no começo da adolescência do que na idade adulta. O uso diário de crack - padrão que evidencia maior risco de vício - jamais chegou a afetar mais de 0,2% dos universitários do último ano. O aumento de 3.500% nos gastos de combate às drogas entre 1970 e 2011 não teve efeito no uso diário de maconha, heroína ou qualquer tipo de cocaína. E embora o crack fosse considerado, em grande parte, um problema das comunidades negras, na verdade é maior a probabilidade de uso por brancos, segundo estatísticas nacionais (HART, 2014, p.27).

### 3.3 - POLÍTICAS CONTEMPORÂNEAS: “Crack, é Possível vencer”

Nesta parte resume-se uma das políticas públicas vigentes.

Segundo as políticas públicas do Ministério da Saúde (2011), as diretrizes do Programa “Crack, é possível vencer”, dispõem de serviços diferentes para necessidades distintas, ampliação da oferta de serviços, rede SUS preparada para atendimento, reinserção social e apoio integral aos usuários e familiares. Possui ações de atenção ao usuário nos locais de concentração de uso de crack, atendimento especializado para o usuário, opção de acolhimento como os dispositivos do Consultório de Rua, Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24h, Enfermarias Especializadas, Unidades de Acolhimento Adulto, Unidades de Acolhimento Infante-Juvenil, Comunidades

Terapêuticas, encaminhamento para outras Unidades de Saúde e de Assistência Social.

Dispõe de habilitação e financiamento de vagas de atendimento nas comunidades terapêuticas, apoio ao acolhimento e à recuperação de usuários de drogas, por meio de seleção pública de projetos, financiamento de equipes de atenção básica à saúde para atendimento às comunidades terapêuticas, formação e capacitação de profissionais.

Articula-se com as áreas da assistência social e segurança, tem parcerias com estados e municípios para a promoção de espaços urbanos seguros, fortalecimento das ações de inteligência e investigação, em integração com as forças estaduais, enfrentamento ao tráfico de drogas e ao crime organizado.

Uma das ações dessa Política foi a alteração do código de Processo Penal, do Código Penal, da Lei de Combate à Lavagem de Dinheiro e da Lei sobre Drogas para dar celeridade ao procedimento de incineração de drogas ilícitas e dispor sobre a medida de indisponibilidade de bens e a alienação antecipada de bens apreendidos e o Sistema Nacional de Informações de Segurança Pública, Prisionais e sobre Drogas-SINESP.

Além do trabalho preventivo, educação e capacitação, orienta-se para a prevenção nas escolas, capacitação de profissionais das redes de saúde, assistência social, segurança pública, educação, justiça, operadores do direito, lideranças religiosas e comunitárias, disseminação contínua de informações e orientações sobre o crack e outras drogas. E realiza, de forma permanente, campanhas publicitárias de utilidade pública, ao longo de cada ano, para prevenção ao uso do crack e outras drogas, com veiculação em televisão, rádio, revista e internet.



## Capítulo 4 - PREVENÇÃO DO USO INDEVIDO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Referindo-se ao conceito ou pré-conceito com relação às drogas na sociedade, Olivenstein (1983) faz a seguinte análise:

Muitas vezes desejaríamos que as drogas simplesmente não existissem, principalmente quando vemos pessoas a quem amamos, sofrendo e nos fazendo sofrer por estarem envolvidas com drogas. Entretanto, as drogas existem, sempre existiram e sempre vão existir. O que podemos fazer é tentar evitar que as pessoas se envolvam com essas substâncias. Para aqueles que já se envolveram, podemos ajudá-los a evitar que se tornem dependentes. E para aqueles que já se tornaram dependentes, cabe a nós oferecer os melhores meios para que possam abandonar a dependência. Porém, se apesar de todos os esforços eles continuarem a consumir drogas, temos a obrigação de orientá-los para que o façam da maneira menos prejudicial possível, na expectativa de que estejam atravessando apenas uma fase difícil. Afinal, eles não precisam de quem os julgue, mas de quem os ajude. E esse é o nosso papel enquanto profissionais de saúde (In: NIEL & SILVEIRA, 2008, p. 10).

Segundo Souza (2013):

As estratégias de redução de danos são voltadas para qualquer cidadão, desde aquele que ainda não experimentou drogas, até aquele com uso problemático. No entanto, em geral, as abordagens têm como prioridade, populações em contextos de vulnerabilidade.

A vulnerabilidade de uma pessoa não fica restrita a um determinado comportamento ou conduta, mas está relacionada ao ambiente em que se dá, e também ao contexto sociocultural. O aspecto social da vulnerabilidade se refere à possibilidade de acesso às informações, à capacidade de elaborá-las e incorporá-las nas práticas cotidianas, o que implica na oportunidade ao acesso às informações, a recursos materiais e às instituições e serviços, assim como estar livre de estigmas e preconceitos. A abordagem de redução de danos atua hoje na perspectiva transdisciplinar de saúde, cultura, assistência social, trabalho e renda, visando à garantia do cuidado e dos direitos. (p. 1).

A prevenção do uso indevido de substâncias psicoativas é, na verdade, toda e qualquer ação que contribua para que o indivíduo possa caminhar, fazendo

escolhas mais conscientes, sem interromper sua jornada em decorrência do abuso de uma substância entorpecente que ilude, eliminando os obstáculos apenas na imaginação (NIEL & SILVEIRA, 2008).

A prevenção do uso de substâncias psicoativas é inespecífica, sendo preventiva toda e qualquer ação que contribua para que o indivíduo consiga suportar conflitos sem precisar se anestesiá-lo através de um comportamento compulsivo ou impulsivo (*ibidem*).

No tocante à educação de jovens, Acselrad (2000) revela que

Para os educadores, a situação de se depararem com a droga dentro das escolas, comercializada ou consumida pelos seus alunos, dá origem à questão de como lidar com este problema de forma a não reduzir e/ou simplificar a realidade. Ao invés de procurarem construir um discurso próprio, aberto às questões dos jovens e considerando seus pontos de vista, e com um enfoque múltiplo, os educadores, pelo contrário, tendem a optar pelo discurso pronto, oficial, repetindo as palavras de ordem da abstinência, da criminalização e repressão de toda e qualquer substância ilícita que altere a consciência (p.164).

## Capítulo 5 - REDUÇÃO DE DANOS

### 5.1 – O CONCEITO E ASPECTOS HISTÓRICOS

No seu conceito mais estrito, podemos dizer que Redução de Danos é uma política de saúde que propõe reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de substâncias psicoativas, pautada no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumi-las (ANDRADE et al, 2001. In: NIEL & SILVEIRA , 2008, p.11).

Apesar da Redução de Danos (RD) haver sido destacada, no primeiro momento, pela distribuição de agulhas e seringas a usuários de drogas injetáveis (UDI), como estratégia para prevenir a transmissão do vírus da AIDS, hoje é equivocado limitá-la a isso. (*ibidem*)

De forma mais reduzida, significa: ”*Reduzir os danos à saúde em consequência de práticas de risco [...]*” (PICONEZ et al., 2006. In: NIEL, 2008, p.11).

Na verdade, a prática da saúde pública está centrada nas estratégias de redução de danos, desde a limpeza do suprimento de água até o rastreamento de doenças infecciosas. A RD não chega a ser uma novidade na medicina. Hipócrates já orientava os jovens médicos: *primum non nocere* (em primeiro lugar, que não cause danos), segundo ABRAMS & LEVIS, 1999. (In: NIEL, 2008, p.12).

O que significa redução de danos? Segundo dados obtidos através da Cartilha de Redução de Danos (RIO DE JANEIRO, 2010, p. 4-8): é uma estratégia da Saúde Pública, que busca minimizar as consequências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais e econômicos sem, necessariamente, reduzir esse consumo. Conhecendo um pouco da história da Redução de Danos, parte-se da ideia de que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação voltados aos usuários de substâncias psicoativas e suas famílias têm sido viabilizados e

garantidos. Várias são as histórias de construção deste trabalho; seu conhecimento e apropriação contribuirão significativamente para o fortalecimento de suas ações no território.

Em 1926, na Inglaterra<sup>2</sup>, surgiram as primeiras sementes do conceito de *redução de danos*: um grupo de médicos definiu, no Relatório de Rolleston, que a maneira mais adequada de tratar dependentes de heroína e morfina era realizar uma administração monitorada do uso dessas drogas, de forma a aliviar os sintomas de abstinência.

A partir de 1980, a redução de danos surge de forma sistematizada em programas de saúde. Inicialmente, objetivando reduzir a contaminação pela hepatite B entre usuários de drogas injetáveis (UDI) e, posteriormente, pela contaminação pelo HIV.

Em 1984, em Amsterdã, Holanda, surgiu um programa experimental de troca de seringas para os UDI.

Em 1989, no município de Santos (São Paulo), ocorreu a primeira tentativa no Brasil de implantação do programa de redução de danos. Impedidos de fornecer seringas para os UDI como forma de evitar a contaminação pelo vírus HIV, em função de uma ordem judicial, os profissionais estimulavam o uso de hipoclorito de sódio para a desinfecção de agulhas e seringas reutilizadas. Em 1995, em Salvador, Bahia, surge o primeiro Programa de Redução de Danos (PRD) do Brasil desenvolvido pelo CETAD, serviço pioneiro a realizar troca de seringas. Depois deste, diversos programas e projetos de Redução de Danos foram implantados em estados brasileiros, consolidando-a como uma estratégia de atenção aos usuários de drogas.

Em 1993, o governo de Santos implantou o primeiro projeto no Brasil, lançando mão da figura dos *redutores de danos* como agentes de promoção e prevenção em saúde.

Em 1998, o Estado de São Paulo regulamentou, através do Decreto Nº 42.927, a Lei 9.758 que autorizou a distribuição de seringas descartáveis a usuários de drogas injetáveis. Essa foi, a primeira lei estadual que legalizou a troca de seringas.

---

<sup>2</sup> BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde**, Maio, 2010.

Em 2004, a Redução de Danos passou a ser vislumbrada como uma estratégia na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, lançada pelo Ministério da Saúde. O foco dessa Estratégia Pública de Saúde não se assentou exclusivamente sobre os Programas de Redução de Danos e as ações de trocas de seringas, mas sim na constituição de ações de redução de danos que transversalizam os serviços da rede assistencial do SUS, em especial, os serviços de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, e os serviços de atenção primária à saúde da Estratégia Saúde da Família.

Em 2006, a divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde vieram reforçar as ações de atenção ao usuário de drogas. A intersetorialidade e a atenção integral são importantes elementos para a concretização dessa política. Preconizou-se, então o desenvolvimento de iniciativas preventivas e de redução de danos para o consumo de álcool e outras drogas que envolvessem a co-responsabilização e autonomia da população.

## 5.2 – O USO DO CRACK, SEUS EFEITOS E AS ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS

Niel (2008) refere que as principais drogas consumidas de forma fumada são a maconha (*cannabis*), o crack e o tabaco. Além dessas, existem também as composições como o “mesclado” (mistura de crack com maconha) e o *freebase* (mistura de cocaína com maconha). A heroína também pode ser fumada, mas existe em pouca quantidade no Brasil.(p.47).

O crack é obtido a partir de resto da preparação da cocaína e, nos dias de hoje, os produtores costumam adicionar outras substâncias, como solventes e pó de mármore ou talco para baratear o seu custo de produção. Ele recebe esse nome porque, durante a produção, a adição de bicarbonato de sódio endurecia a pasta de cocaína e ela se partia em pequenas pedras, emitindo um estalido parecido com o nome “crack”. (*Ibidem*).

O crack é geralmente fumado em cachimbos que variam em sua constituição, desde os mais comuns, de madeira, até aqueles confeccionados a partir de

latas de alumínio, canos de plástico ou metal, copos de plástico, entre outros materiais. (NIEL, 2008, p.48).

Efeitos danosos com o uso do crack, ainda segundo NIEL (2008):

o crack, estimula o sistema nervoso central, podendo provocar efeitos desagradáveis de agitação psicomotora e comportamento agressivo. Além disso, existem três situações graves que comumente acontecem com usuários de crack: a paranoia (*nóia*), a fissura (ou *craving*) e a depressão pós-uso.

A paranoia (*nóia*) ocorre na vigência da intoxicação (do uso) e caracteriza-se por sintomas paranoides, como medo, sensação de estar sendo perseguido, distorções perceptivas que muitas vezes motivam os usuários a atos impensados, colocando-os em situações de risco (p.48).

A *fissura* ou *craving* é a vontade intensa de usar a droga, que pode cursar com graus variáveis de ansiedade, levando muitas vezes o usuário a atitudes impulsivas com o único objetivo de obter a droga, como cometer furtos, vender objetos pessoais e até se prostituir.

A depressão pós-uso, da cocaína ou do crack, ocorre porque o cérebro do indivíduo “esgota” os neurotransmissores e fica “sem bateria” até que o organismo fabrique novamente essas substâncias. Geralmente dura de pequenas horas a alguns dias, mas os sintomas depressivos são tão sérios que algumas pessoas chegam a pensar e até tentar o suicídio.

O crack é a SPA que provoca mais *fissura* e dependência. Além de provocar aumento da pressão arterial e estreitamento das artérias do corpo, elevando a possibilidade de infartos do coração e acidentes vasculares cerebrais. A falta de apetite e emagrecimento rápido também é característica. O sistema respiratório fica bastante comprometido e, associado à desnutrição com consequente baixa imunidade, predispõe o indivíduo a infecções pulmonares. São frequentes os ferimentos em lábios e boca pelas queimaduras provocadas, aumentando-se consequentemente o risco de transmissão de doenças como o Herpes e a Hepatite C.

Para todas as SPA fumadas, valem os princípios gerais de redução de danos, dos quais devem constar sempre a informação, através de folhetos explicativos. Cada passo no sentido de diminuir o consumo ou migrar para padrões menos danosos deve ser encorajado e estimulado. Além disso, o

usuário deve ser sempre advertido a procurar ajuda médica em casos de mal-estar e sempre informar ao profissional do pronto-socorro quais foram as substâncias que consumiu.

Em se tratando do uso do crack, várias estratégias de RD surgiram nos últimos anos, como, por exemplo, o uso do cachimbo e a substituição do crack por drogas que causem comparativamente menor dano, como o mesclado, o *freebase* e a maconha.

O uso do cachimbo para usuários de crack é uma estratégia empregada por vários PRD e surgiu como uma forma de evitar que o usuário consuma a droga em recipientes pouco higiênicos, como latas e copos usados que oferecem risco de intoxicação devido a resíduos de certos materiais, como plástico e metal. Desta forma, são distribuídos cachimbos e orienta-se ao não compartilhamento dos mesmos ou, ao menos, dos bocais removíveis. No Brasil, os cachimbos são feitos de madeira e com bocal de plástico. Na França, o Centre EGO, em Paris, distribui cachimbos de vidro, cuja vantagem é que, na hora de raspar as sobras de crack no fundo do recipiente onde foi fumado (a “borra”), impede que o usuário fume outras substâncias como metal, plástico ou madeira que podem ser tóxicos.

Portanto, os kits de RD para o crack são compostos de:

- Cachimbo com ou sem bocais extras;
- Folheto explicativo;
- Preservativo e sachê lubrificante;
- Cremes labiais que evitam rachaduras que podem servir de veículo para transmissão de doenças. (NIEL, 2008, p.50).

Vários dependentes de crack relatam, quando em atendimento, que sentem um efeito benéfico na diminuição da fissura causada pelo crack quando fumam maconha. Baseado nesses relatos, Silveira e Cols. (1999) desenvolveram um estudo para avaliar o efeito terapêutico do uso da maconha em 50 dependentes graves de crack. O principal resultado foi que, após 3 meses, 68% dos pacientes havia largado o crack e, após algum período, diminuíram o uso da maconha. (*Ibidem*).

## Capítulo 6 - METODOLOGIA

Estudo de natureza documental e qualitativa. O campo de coleta dos dados correspondeu a um serviço de saúde mental o CAPSad Gregório de Matos (CAPSad GM). É um serviços da ARD-FC, programa de extensão permanente do Departamento de Saúde da Família da FMB/UFBA, em parceria com a Secretarias da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), especializado no cuidado de usuários de substâncias psicoativas, principalmente com relação às estratégias de redução de danos (RD).

O projeto inicial tinha a intenção de pesquisar outros dois serviços especializados no cuidado de usuários de substâncias psicoativas (SPA). Em razão da demorada resposta às solicitações de participação no estudo, não puderam ser incluídos.

O CAPSad GM, contudo é um serviço de natureza singular pelo fato de desenvolver atividade predominantemente de RD, dispor de atividades de atenção diária intensiva, ambulatorial e diversas atividades de campo, além da natureza docente assistencial matriciadora de outros serviços similares da Capital e deste Estado. Isso nos fez considera-lo representativo dos demais, em especial no campo da redução de danos.

### Primeira etapa

Constou da coleta de documentos “de primeira mão”, no dizer de Gil (1996, p. 51), das produções desses serviços, tais como documentos de arquivo, panfletos, eventos, boletins, memorandos, gravações, relatórios internos, *banners* e panfletos, que ainda não haviam sofrido nenhum tratamento analítico, nem haviam sido publicados. Nesse sentido foram disponibilizados: 1. Manual do CAPSad; 2. Relatório de atividades de Março de 2015; 3. Cartilha Integrativa do Colaborador (Profissionais e Estudantes) CAPSad GM e ARD-FC; 4. Agenda de Campo dos Redutores 2015; 5. Folder informativo sobre o CAPSad; 6. Folder informativo sobre a atividade de RD da ARD-FC; 7. Panfleto sobre cuidado sobre HIV e Ficha de Acolhimento.

Não foram disponibilizados documentos “de segunda mão”, que de alguma forma haviam sido divulgados ou publicados (Relatórios de serviço, Boletins estatísticos,



Estudos censitários e trabalhos publicados). Alguns de que tomamos conhecimento e publicados por técnicos do serviço, não foram relacionados com esse, por serem de autoria individual e não relacionados ao serviço.

Tais documentações tiveram a finalidade de compor o estado da arte sobre os temas nucleares da Dissertação, como o uso do crack, tipos de políticas públicas, funcionamento e organização do serviço estudado, debates a favor e contra, bem como experiências relacionadas com as estratégias de redução de danos, especialmente em Salvador.

Diferentemente da análise bibliográfica, que se baseia na coleta de material de diversos autores sobre determinado assunto, a análise documental, apesar das limitações naturais próprias dos documentos “de primeira mão”, utiliza material mais diversificado (LAKATOS, 1992), que pôde ampliar a “análise de conteúdo manifesto e latente”, útil em pesquisas sociais (GIL, 2014, p. 83-4).

## Segunda etapa

Pretendeu-se investigar “o uso do crack e as estratégias de redução de danos” na visão de agentes do serviço de saúde da especialidade, onde se valorizou o uso da palavra, símbolo e signo privilegiados das relações humanas, por meio da qual os atores sociais constroem e procuram dar sentido à realidade que os cerca (FLICK, 2002 e JOVECHLOVITCH & BAUER, 2002). Com tal objetivo se optou pela análise de natureza qualitativa, através de entrevista semiestruturada (Apêndice B), como referem Gondim & Fraser, (2004):

[...] favorece a relação intersubjetiva do entrevistador com o entrevistado e, por meio das trocas verbais e não verbais que se estabelecem neste contexto de interação, permite uma melhor compreensão dos significados, dos valores e das opiniões dos atores sociais a respeito de situações e vivências pessoais. Outra vantagem é a flexibilização na condução do processo de pesquisa e na avaliação de seus resultados, visto que o entrevistado tem um papel ativo na construção da interpretação do pesquisador. Esta seria uma modalidade de triangulação (confiabilidade), pois, ao invés de o pesquisador sustentar suas conclusões apenas na interpretação que faz do que o entrevistado diz, ele concede a este último a

oportunidade de legitimá-la. Esse é um dos aspectos que caracteriza o produto da entrevista qualitativa como um texto negociado (p. 140).

Minayo (1994) considera que “[...] *a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado*”, vez que é condicionada pelo momento histórico, pelo lugar, pela organização socioeconômica e tem aspectos subjetivos que requerem maior interação entre pesquisador e pesquisados.

A entrevista na pesquisa qualitativa, ao privilegiar a fala dos atores sociais, permite atingir um nível mais amplo de compreensão da realidade humana que se torna acessível por meio de discursos, sendo apropriada para investigações, cujo objetivo é conhecer como as pessoas percebem o mundo.

Em outras palavras, a forma específica de conversação que se estabelece em uma entrevista para fins de pesquisa favorece o acesso direto e indireto às opiniões, às crenças, aos valores e aos significados, ou seja como as pessoas percebem o mundo (JOVECHLOVITCH & BAUER, 2002, p.140).

Esta etapa consistiu na visita ao serviço, onde se coletaram os dados de quatro técnicos da Unidade mais diretamente ligados às atividades de redução de danos; 1. um Oficineiro, que trabalha no interior do CAPS; 2. um Redutor de Danos, que trabalha diretamente no campo ou *habitat* dos usuários, 3. Um Coordenador de Campo, por natureza ligado às atividades de RD e 4. um Terapeuta Ocupacional (TO), que também trabalha no interior do CAPS.

Tais entrevistas, após a leitura, explicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo entrevistado, foram realizadas através do instrumento “Roteiro de Entrevista” (Apêndice B) com questões abertas sobre o tema do projeto e Observações de Campo, considerando-se o objetivo de mais conhecer as características do uso do crack em relação às demais substâncias psicoativas, as estratégias de redução de danos com os usuários de crack, seus efeitos, dificuldades e funcionamento no serviço estudado.

Para complementar os dados informados pelos técnicos entrevistados foi realizada uma “visita de campo” juntamente com dois *redutores de danos*.

### Terceira etapa

Os dados documentais coletados foram resumidos, catalogados em fichas e tabelas, analisados e interpretados como nas pesquisas bibliográficas.

Os dados coletados no Roteiro de Entrevista (Apêndice B) foram catalogados em uma planilha única e global dos quatro entrevistados, enumerando suas respostas livres, e agrupando-as em “expressões comuns ou similares” de acordo com o objeto do trabalho, bem como assinalando as particularidades trazidas pela expressão espontânea às questões estruturadas enriquecedoras do objeto pesquisado, próprias do estudo qualitativo. Os dados foram analisados, considerando-se tanto os parâmetros da pesquisa quanto aqueles sugeridos espontaneamente pelos entrevistados, o que permitiu maior caráter exploratório do estudo.

#### 6.1 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) foi claro e devidamente explicado aos participantes, informando-lhes o objetivo do trabalho, a importância de sua participação, a qual não lhe trará nenhum prejuízo. Para tanto, foi explicado que a desistência de sua participação poderá ocorrer a qualquer momento da entrevista.

O Projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UCSAL – Universidade Católica do Salvador, Parecer Nº 1.247.369, do CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Antes da coleta dos dados no serviço objeto do estudo, foi emitido ofício a seu responsável, explicando o objetivo da pesquisa, seu processo e solicitando, para tanto, a devida autorização.

#### 6.2 – O SERVIÇO PESQUISADO

Foi parte do presente estudo o serviço docente – assistencial da Universidade Federal da Bahia o CAPSad Gregório de Matos abaixo descrito, cujo objetivo foi pesquisar, informar e cuidar de usuários de substâncias psicoativas (SPA).

### **O CAPSad GREGÓRIO DE MATOS (CAPSad GM)<sup>3</sup>**

Inaugurado em 27 de janeiro de 2012, o Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas Gregório de Matos, na Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA (FMB - Largo do Terreiro de Jesus, no Pelourinho). O CAPSad Gregório de Matos, financiado pelo Governo do Estado da Bahia, através de convênio com a UFBA, é um serviço da Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARD-FC), programa de extensão permanente do Departamento de Saúde Família da FMB.

O CAPSad é um serviço docente-assistencial com a finalidade de capacitar e formar profissionais especializados para atuação em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de álcool e outras drogas, visando promover apoio matricial aos municípios baianos para a estruturação de redes de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.

Dentro da vertente assistencial, o CAPSad Gregório de Matos se constitui numa resposta às demandas dos usuários de substâncias psicoativas de Salvador, em particular do Centro Histórico, onde já conta com ações territoriais consolidadas ao longo de vários anos pela ARD-FC. Sua capacidade é de 1.870 procedimentos para 190 pacientes/mês, sendo 40 em cuidados intensivos e 90 não intensivos.

Assim como a ARD-FC, o serviço está localizado no Pavilhão Carneiro de Campos, anexo do complexo monumental da bicentenária Faculdade de Medicina da Bahia.

## **6.3 - COMPONENTES DA COLETA DE DADOS**

### **6.3.1 - Dados Documentais**

---

<sup>3</sup> Fonte: <http://www.medicina.ufba/ard-fc/alianca/welcome.htm>. Acesso em 22/09/2015.

## 1 – Manual do CAPSad GM<sup>4</sup>

O CAPS para álcool e outras drogas - CAPSad Gregório de Matos é um projeto da Aliança de Redução Fátima Cavalcanti – ARD-FC, Serviço de Extensão Permanente do Departamento de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Bahia – FMB/ Universidade Federal da Bahia (UFBA). O Centro foi criado com o propósito de ser um serviço de referência, tendo como território o Centro Histórico de Salvador, voltado para a capacitação em Saúde Mental na área de atenção às pessoas que usam álcool e outras drogas, para todo o estado da Bahia. Ele Apresenta como diferencial seu caráter docente assistencial, em que se constitui como campo de prática para estágio de graduação em saúde, incentivo a produção científica, para residências multiprofissionais, residências médicas e técnicos de saúde mental, em geral. Assim, em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde, o CAPSad Gregório de Matos se constitui como um dispositivo docente-assistencial, a partir de uma parceria firmada entre a Secretaria Estadual de Saúde (SESAB) e a UFBA, tendo como responsável técnico a ARD-FC. Esta última ocupa uma sala de 80m<sup>2</sup> no segundo pavimento do prédio da FMB no Terreiro de Jesus, no Centro Histórico de Salvador (Pelourinho), sendo seu coordenador o Professor Dr. Tarcísio Matos de Andrade. A ARD-FC foi criada em novembro de 2003 para abrigar o Programa de Redução de Danos (PRD) que desde o seu início, sob a coordenação do mesmo Prof. Dr. Tarcísio Andrade vinham sendo desenvolvidas junto a outro Serviço de Extensão da UFBA, o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD.

O PRD da UFBA, criado pelo Prof. Tarcísio Andrade em 1995, foi o responsável pela implementação do primeiro Programa de Troca de Seringas entre usuários de drogas injetáveis no Brasil e na América Latina. Esse PRD foi ainda, o pioneiro na expansão das ações de redução de danos entre pessoas usuárias de crack e usuárias de anabólicos esteroides (anabolizantes), e tem se mantido,

---

<sup>4</sup> Esta parte tem como base o documento. Manual do CAPSad GM, disponibilizado pelo Serviço (original em xerox)

na vanguarda nacional das ações de redução de danos entre populações carentes.

O CAPSad Gregório de Matos surgiu ancorado num contexto sociocultural, econômico e político marcado pelo aumento do uso problemático de álcool e outras drogas, e pela implementação de novos Programas Nacionais para fazer face à esta situação, mas ao mesmo tempo, por uma acentuada defasagem do número de CAPSad em relação às necessidades da Cidade de Salvador.

A proposta de localização do CAPSad no Centro Histórico de Salvador, foi por considerar esta região da cidade como um espaço complexo, marcado por muitas contradições e potencialidades, expressas pela presença constante de turistas, concentração de estabelecimentos comerciais diversos, múltiplas instituições sociais, setores públicos diversificados e uma população de baixo poder aquisitivo e um número expressivo de pessoas em situação de rua. Trata-se de um território marcado por um elevado nível de pobreza com, serviços básicos precários e violência acentuada, ligada a atividades de geração de renda informal, com ênfase para o tráfico e o consumo de drogas.

No âmbito do município de Salvador, o tratamento da saúde mental concentrou-se durante anos em hospitais psiquiátricos e ambulatórios especializados e somente em 1997 este quadro começa a ser revertido com a inauguração do primeiro CAPS do município (CAPS Aristides Novis). Em 2004 foram inaugurados mais três CAPS além do fechamento do hospital psiquiátrico Santa Mônica, seguido em 2006 do fechamento de mais dois hospitais psiquiátricos, o Hospital Ana Nery e Hospital Bahia. No que diz respeito à diminuição do número de leitos de internação em hospitais psiquiátricos e ampliação da rede de serviços substitutivos em saúde mental com destaque para as Residências Terapêuticas e os Centros de Atenção Psicossociais, pode-se observar um avanço na consolidação do processo de Reforma Psiquiátrica do município. .

O CAPS Gregório de Matos iniciou suas atividades em março de 2012 e até setembro deste mesmo ano. Sete meses depois, já contabiliza 570 acolhimentos e 520 usuários matriculados, com idades entre 12 e 70 anos, distribuídas em modalidade de atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

Muitos são os obstáculos e carências na atenção ao uso de drogas e suas consequências diretas e indiretas os quais justificaram a implantação desse dispositivo:

1. Há de se considerar que a atenção aos usuários de álcool e outras drogas tem sido orientada para tratar o usuário de maneira diferente de como eram tratados, ou seja, em isolamento, com enfoque no tratamento médico psiquiátrico e nas internações.
2. O setor educacional no que tange a graduação superior acompanha pouco as mudanças socioculturais e políticas que vem se processando no campo da saúde ocasionando ainda a formação de profissionais despreparados para lidar com a saúde da população usuária de drogas. Muitos profissionais da área de saúde ainda estão impregnados pelo modelo médico-assistencial centrado no tratamento dos doentes, priorizando a assistência hospitalar e ambulatorial, despreparados para trabalhar com modelos de atenção à saúde que considerem as condições sociais e culturais de determinada população, prestando assistência na perspectiva da promoção, prevenção de riscos e agravos à saúde.
3. É importante considerar que não há mudança sem o envolvimento da sociedade, dos familiares, usuários e trabalhadores de saúde:

Mobilizar a sociedade civil, oferecendo à mesma condição de exercer seu controle, participar de práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, bem como estabelecer parcerias locais para o fortalecimento das políticas municipais e estaduais. [...] Para tanto, torna-se fundamental desconstruir barreiras que dificultam a adesão do usuário ao tratamento. Formular políticas que possam desconstruir o senso comum de que todo usuário de drogas é um doente que requer internação, prisão ou absolvição (Brasil, 2004: 25).
4. O território do Centro Histórico foi apontado por levantamento realizado através da Superintendência de Prevenção e Acolhimento aos Usuários de Drogas e apoio Familiar (SUPRAD) como um território alvo prioritário para o direcionamento de políticas para usuários de álcool e outras drogas.

5. O senso comum, de uma forma geral, ainda busca como modelo de tratamento em saúde mental, com ênfase para o uso de SPA a internação e não a reinserção, a abstinência e não a redução de danos, mesmo quando o usuário não quer ou não pode suspender o uso. Propor uma clínica ampliada que acolha e trate os usuários e seus familiares na dimensão biopsicossocial, considerando o sujeito em seu meio social e apoiada em estratégias de redução de riscos e danos faz-se imprescindível.

O CAPS Gregório de Matos não se concebe como suficiente, mas como um dispositivo de uma rede maior de cuidado na Saúde Mental e da atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas. Nesse sentido, é ferramenta de fortalecimento de uma rede multidimensional, que se desenvolve a partir de articulação e parcerias intra e inter-setoriais.

É fundamental executar um trabalho que inclua profissionais e usuários, gestão e assistência, outros CAPS que compõem a rede de saúde mental, unidades da Atenção Básica em Saúde, e outras áreas como justiça, educação, assistência social, segurança pública e outros dispositivos que diretamente atuem com a problemática da atenção integral a população usuária de drogas. Face a essa situação, a experiência reconhecida da Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti no campo da atenção às pessoas que fazem uso de drogas e do trabalho comunitário que realiza desde o seu início e que se constitui na sua marca principal, pode se constituir, em parceria com a Secretaria Municipal e Estadual da Saúde, num significativo instrumento de transformação de uma realidade adversa e injusta.

## **OBJETIVOS do CAPSad Gregório de Matos**

### Objetivo Geral

Prestar atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, e seus familiares e ser docente de práticas profissionais de assistência à saúde desta população.



## Objetivos Específicos

- Ampliar o entendimento sobre Saúde Mental, referenciando a qualidade de vida para a população do Distrito Sanitário do Centro Histórico de Salvador.
- Reduzir o sofrimento psíquico da população usuária de drogas e seus familiares vivendo no distrito do Centro Histórico de Salvador provendo atendimento às necessidades básicas ligadas a educação e cultura, lazer higiene e saúde.
- Coordenar as ações de atenção à saúde mental relacionada ao uso de drogas, e propiciar um espaço de interlocução com os demais serviços, instituições e organizações existentes no território do Centro Histórico de Salvador, ouvindo e dando voz às demandas da comunidade;
- Oferecer uma clínica ampliada através de equipe multidisciplinar em intersectorialidade adotando estratégias de cuidado ao usuário no serviço e no seu território de referência, realizando visitas domiciliares e atendimentos em espaços públicos;
- Ofertar atenção à saúde, com ênfase para a saúde mental relacionada ao uso de drogas, através de projetos terapêuticos individualizados e grupais, respeitando a singularidade do usuário e focando na ampliação de sua capacidade de autogerenciamento e protagonismo pessoal;
- Desenvolver atividades comunitárias de natureza educativa, para prevenir os riscos e danos sociais e à saúde relacionados com o consumo de SPA, em particular os relativos à transmissão de DST/AIDS e outras doenças infectocontagiosas.

- Desenvolver novas estratégias de tratamento e prevenção na lógica de redução de danos, em sintonia com as reais necessidades e possibilidades da população assistida;
- Executar e apoiar projetos de pesquisa que favoreçam a ampliação do conhecimento teórico-prático relativo à prevenção e ao tratamento do uso abusivo de drogas e de suas consequências tendo como referência a população adstrita ao Centro, em seus aspectos físicos, psíquicos, socioeconômico e cultural;
- Participar da formulação de Políticas Públicas de atenção ao uso de drogas com ênfase na população usuária do Centro Histórico de Salvador.
- Participar do planejamento, execução e avaliação de ações inter-setoriais para o desenvolvimento conjunto de ações políticas, educativas, preventivas e terapêuticas relacionadas ao consumo de drogas;
- Identificar instituições e recursos comunitários inclusive aqueles disponíveis na própria Faculdade de Medicina da Bahia e em outras Unidades e Serviços da UFBA que possam atuar como parceiros, no intuito de fomentar a articulação dos serviços da rede social e de saúde;
- Se constituir em campo de estágio para os cursos de graduação e pós-graduação relacionados aos objetivos do Centro, com ênfase para os oferecidos pelas UFBA e outras Universidades Públicas da Bahia, de outros Estados Brasileiros e de outros países, através de Convênios e Termos de Cooperação celebrados com a primeira.

- Realizar cursos teórico práticos presenciais e na modalidade EAD para a formação e capacitação de profissionais da rede de Saúde Mental na atenção ao uso de drogas, atuando na atenção básica com ênfase para os dos CAPSad de todo o Estado da Bahia.
- Prover orientação e supervisão técnica para profissionais da Atenção Básica atuando em CAPS, com ênfase para os CAPSad de todo o estado da Bahia.

O público-alvo que o CAPS atende são usuários de substâncias psicoativas, adultos ou adolescentes, que apresentem transtornos físicos, psíquicos e/ou sociais decorrentes do consumo abusivo ou dependência destas substâncias, com ênfase para aqueles vivendo no Distrito Sanitário do Centro Histórico de Salvador.

A metodologia e os dispositivos de atendimento do CAPS-ad Gregório de Matos são bastante amplos: O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas individuais ou coletivas articuladas para um determinado sujeito. O PTS é o resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, quando necessário. Ele constitui-se como um instrumento terapêutico proposto pelo novo modelo de atenção em saúde mental aos usuários de drogas, baseado no sujeito agente do seu tratamento. Considera além do sujeito, sua família, sua história e cultura, sua vida cotidiana e sua qualidade de vida.

Após a primeira entrevista realizada no acolhimento, o técnico responsável ao qual o paciente é referido inicia a construção do PTS com base na situação apresentada pelo paciente e nas disponibilidades internas e em rede, do Centro. O PTS é apresentado pelo técnico responsável por sua elaboração, durante a reunião de PTS do CAPS-ad. O PTS é passível de ajustes de acordo com a evolução do caso. O técnico que elabora o PTS passa a ser o Técnico de Referência do paciente.

No CAPSad GM o técnico de referência dos usuários é designado para acompanhar determinados usuários a partir do acolhimento. Contudo, outros parâmetros são utilizados no CAPSad GM ao longo do processo considerando-se a característica da vinculação que o usuário estabelece com um determinado profissional. A designação de um técnico de referência, portanto, não é rígida, podendo ser modificada a partir da adesão ou não do usuário ao seu tratamento ou das necessidades identificadas nas discussões de casos.

Os atendimentos individuais realizados pela equipe multiprofissional do CAPSad GM são agendados na recepção do Centro em livro próprio de marcação. Havendo interesse/necessidade o próprio usuário pode solicitar consulta individual com os demais profissionais através do seu técnico de referência. Os profissionais trabalham de modo interdisciplinar, o que concretiza a partir das discussões dos casos em atendimento, nas reuniões de PTS. Assim, cada profissional pode tomar conhecimento dos aspectos específicos de cada paciente em atendimento, o que favorece a interdisciplinaridade e a evolução do tratamento.

As atividades grupais acontecem através de oficinas de produção de subjetividade que são ofertadas de acordo com as habilidades e criatividade de técnicos e usuários do CAPSad GM. O atendimento em grupo se caracteriza pela realização de atividades com propósito terapêutico, realizadas por pelo menos um profissional da equipe do CAPS com mais de um usuário; ele consiste, sobretudo, nas atividades realizadas com os usuários nas oficinas terapêuticas e nos grupos terapêuticos.

As oficinas se constituem em estratégias ligadas à arte, à cultura ao trabalho e ao lazer. De acordo com as diretrizes propostas para a assistência às pessoas que fazem uso abusivo ou são dependentes de drogas, o principal objetivo destas oficinas consiste em promover o distanciamento entre o usuário e a droga, ao qual, muitas vezes, se encontra identificado. Assim as oficinas terapêuticas, através de suas produções lúdicas, artísticas e culturais e a oficina de geração de renda possibilita ao paciente ocupar um espaço subjetivo, até então preenchido pela droga. Esta atividade também possibilita a expressão da subjetividade de cada um e permite à reconstrução dos laços sociais e o

exercício de cidadania que prevê o respeito pelas diferenças, a interação e a cooperação entre os participantes das oficinas. As oficinas são coordenadas por um profissional de saúde ou um profissional de nível médio, o “*oficineiro*”, especializado em determinada técnica, tais como pintura, desenho, modelagem.

Neste sentido, o planejamento das oficinas do CAPSad GM leva em conta diferentes atividades, ligadas à arte e à cultura, ao trabalho e ao lazer que se realizam no Centro Histórico de Salvador (CHS).

No momento o CAPSad-GM realiza onze oficinas com distribuição ao longo da semana em vários horários: Oficina de práticas integrativas, oficina de música, oficina de autocuidado, oficina de modelagem, oficina de pendas, oficina de desenho e pintura, oficina de cinema, oficina de redução de danos, oficina de tecelagem e vários grupos terapêuticos como: grupo de alcoolistas, grupos de familiares, grupo esperança, grupo de comorbidade, grupo informativo, grupo de expressão corporal, grupo de mulheres (DELAS), grupo de saúde, jornal, do CAPSad, feira do conto, saúde bucal, cultura e lazer, giro cultural, além dos núcleos Criança e adolescente, esporte, gerência, arte, cultura e geração de renda, população em situação de rua, pesquisa, capacitação, publicação e educação continuada, rede e articulação comunitária.

Acolhimento pra desintoxicação e repouso - O acolhimento para desintoxicação e observação e repouso é um recurso terapêutico, que embora em condições ainda desfavoráveis pela falta dos equipamentos necessários, vem sendo utilizado pelo CAPSad GM como forma de intervenção em situações de crise (surtos, abstinência e/ou desintoxicação sem comorbidades clínicas graves) assim como para a necessidade de repouso de usuários do Centro quando apresentam visível quadro de desgaste físico e/ou mental/emocional. O CAPSad GM dispõe de seis leitos, distribuídos igualmente em dois espaços para pessoas do sexo masculino e feminino.

Embora a utilização do acolhimento para desintoxicação para usuários do Centro esteja prevista para um tempo máximo de permanência de 10 dias, a falta de condições atuais, como recursos financeiros, tem limitado o uso deste dispositivo a apenas algumas horas de observação e repouso, enquanto o paciente se recompõe e/ou aguarda a transferência para outros serviços da Rede Pública.

A visita domiciliar realizada pelo CAPSad GM objetiva a orientação e assistência aos usuários de drogas e seus familiares, em situações de maior complexidade (presença de comorbidades, dificuldades de deambulação, crianças, idosos, gestantes ou usuários faltosos ao serviço – busca ativa). Esta atividade, organizada mediante programação e demanda, é realizada pelos redutores de danos e outros técnicos do Centro, acompanhados ou não de estudantes de graduação e pós graduação da Universidade Federal da Bahia ou de alunos de cursos de capacitação e aperfeiçoamento oferecidos pelo CAPSad.

O apoio matricial do CAPSad GM se constitui num modo de produzir saúde juntamente com outras equipes do Centro Histórico de Salvador. Num processo compartilhado, são criadas propostas de intervenções pedagógico-terapêuticas para melhoria da assistência aos usuários de drogas e seus familiares. Este processo é construído com os demais dispositivos da rede a exemplo da unidade de saúde da família do Centro Histórico situada na própria Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, próximo ao CAPSad GM, das unidades de pronto atendimento, hospitais, como o Hospital Otávio Mangabeira – HOM/SESAB que tem servido de referência ao CAPSad GM para o encaminhamento de pacientes com suspeita diagnóstica de tuberculose, casas de acolhimento, consultório de rua a exemplo do Capitães da Areia . A atividade ocorre sempre que a equipe identifica a necessidade de ação conjunta com os demais serviços do território ou quando as equipes da rede solicitam auxílio da equipe do CAPSad GM.

O matriciamento tanto pode acontecer em encontros presenciais entre as equipes (reuniões programadas, discussão de casos, visitas técnicas) ou por meio de veículos de comunicação como telefone, email ou recursos audiovisuais.

A educação permanente em saúde, ao mesmo tempo em que é uma prática de ensino-aprendizagem, é uma política de educação para a saúde. No CAPSad GM além da realização pontual de cursos de aperfeiçoamento e capacitação, os técnicos participam de uma atividade clínica-pedagógica semanal denominada de Fórum Clínico Institucional. Exemplos de conteúdos de educação continuada: disponibilização de literatura específica da coordenação do Centro com os

técnicos e destes entre si. Participação em seminários, congressos, audiências públicas, fóruns de discussões sobre temas relacionados às práticas do CAPSad GM.

As reuniões gerais do CAPSad GM acontecem semanalmente e contam com a presença dos técnicos e de estudantes e demais profissionais do Centro. Este é um espaço para a reflexão da vida cotidiana institucional, compartilhamento das informações e experiências pessoais e também para tomada de decisões. As reuniões são divididas em dois momentos:

- 1) Discussão administrativa, institucional e clínica com todos os que participam das atividades do CAPSad GM, inclusive o administrador, os funcionários de apoio (higiene e limpeza, recepcionistas, vigilante). Estas discussões ocorrem das 08:00 às 10:00hs, quando o Centro fica fechado ao atendimento externo.
- 2) Educação Permanente e construções coletivas das deliberações da primeira parte, realizada com grupos menores, uma vez que alguns técnicos estão envolvidos com o atendimento aos clientes; ocorre das 10:00 às 12:00hs.

Na última semana do mês ocorre uma reunião ampliada para a socialização de todas as ações ARD-FC com a participação de todos os profissionais envolvidos nos diversos projetos deste Serviço de Extensão inclusive os do CAPSad GM.

As reuniões para discussão de PTS são realizadas pelas equipes dos turnos uma vez na semana: terça feira (15:00 às 17:00hs – equipe matutino) e sexta feira (10:00 às 12:00h – equipe vespertino). Nas quartas feiras de 10:00 às 12:00hs as duas equipes se reúnem para socialização e discussão clínica de casos mais complexo Fórum Clínico Institucional.

O PET ou pró-saúde 3 é um programa criado pela UFBA, SMS e SESAB cuja ações inter-setoriais são direcionadas para o fortalecimento de áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde - SUS, de acordo com seus

princípios e necessidades. O Programa tem como pressuposto a educação pelo trabalho envolvendo tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde. Um dos campos de estágio é no CAPSad, cuja as práticas dos alunos estão atreladas a saúde mental. Os objetivos do PET são:

- consolidar a integração ensino- serviço e as parcerias com os cenários de prática;
- desenvolver nos estudantes habilidades e competências para a assistência e gestão em saúde na atenção básica;
- desenvolver pesquisas sobre as temáticas definidas nos subprojetos PET;
- desenvolver atividades de monitoramento e avaliação.

O CAPSad Gregório de Matos fica instalado no Pavilhão Carneiro de Campos, um dos anexos da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA fazendo parte do Complexo Monumental desta Faculdade, no Terreiro de Jesus, Centro Histórico de Salvador. Trata-se de um prédio do início do século XX, restaurado e reformado entre os anos de 2009 e 2011 com recursos do Ministério da Saúde, através de Projeto específico e de Emendas Parlamentares, ambos apresentadas pela ARD-FC/FMB/UFBA. O CAPSad GM funciona de segunda a sexta feira das 8:00 às 17:00hs, tomando ao seu encargo os cuidados às pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas da região do Centro Histórico de Salvador e seus familiares; sua capacidade de atendimento de 100 usuários por dia, sendo 20 em regime intensivo; 30 em semi-intensivo e 50 na modalidade não-intensiva.

A admissão dos pacientes tem como porta de entrada o acolhimento pelos técnicos que compõem a equipe, obedecendo a critérios previamente definidos (uso prejudicial de substâncias psicoativas), e tendo como perspectiva o estabelecimento das modalidades de atendimento (intensivo, semi-intensivo e não-intensivo) mais indicada ao caso, de acordo com as normas estabelecidas



pela Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Os usuários assistidos em um turno (quatro horas) recebam uma refeição diária (lanche) e os assistidos em dois turnos (oito horas) recebam duas refeições (almoço e lanche) conforme a referida Portaria.

Funciona das segundas às sextas-feiras, com acesso pela portaria principal da Faculdade de Medicina da Bahia-UFBA aberta aos usuários do CAPSad GM das 8h às 17:00. Pela manhã, o atendimento inicia-se às 08:00 e à tarde às 13:00h. Na quartas feiras, devido a reunião da equipe que ocorre entre 08:00 e 10:00h, o Centro inicia as suas atividades ao público externos as 10:00h.

O atendimento inicial respeita a ordem de chegada do usuário à unidade e alguns critérios de priorização, que são: idosos com mais de sessenta anos, crianças até 12 anos, gestantes e usuários sintomáticos agudos ou em situações de crise. Os já clientes do Centro são atendidos dentro dos horários agendados previamente e registrado em seu cartão de atividades/atendimento.

Existe na recepção uma pasta de referência para exames e consultas, com os endereços e telefones de locais (clínicas, laboratórios, hospitais) de realização de exames complementares e consultas pelo SUS e endereços de estabelecimentos da rede SUAS. Isto facilita recepção um melhor detalhamento da direção e horário de funcionamento dos serviços para os quais são referidos os clientes do CAPSad GM.

O Acolhimento é a porta de entrada do paciente e/ou familiar no CAPS-ad. É concebido como a função de receber, avaliar e responder às diversas solicitações que chegam ao serviço. Seus principais objetivos são:

- proceder a uma primeira avaliação do caso, no sentido de decidir se as queixas apresentadas estão em concordância com os serviços oferecidos pelo CAPSad;
- formalizar a admissão, quando pertinente, através da realização dos procedimentos técnico-administrativos necessários;

- oferecer a pessoa que chega em sofrimento um ambiente terapêutico e acolhedor, favorecendo o estabelecimento da confiança e do vínculo necessários para desencadear um processo de corresponsabilidade no tratamento do uso de substâncias e promoção da saúde através do estímulo à adoção de estilos de vida mais saudáveis;
- estabelecer um bom contato inicial baseado no respeito, sigilo e atenção, em vistas ao engajamento do paciente no Projeto Terapêutico Singular a ser estabelecido para ele no CAPS, bem como um clima de confiança e cuidado o que favorecerá a efetividade dos encaminhamentos à rede intersetorial de referência, se for o caso.

O acolhimento é realizado sempre com todas as pessoas que procuram o CAPSad-GM em busca de atendimento e/ou orientação. Num contexto de escuta e continência, são avaliadas as demandas e provida à pessoa atendida as orientações acerca dos serviços oferecidos na unidade. O Acolhimento ocorre durante todos os horários de funcionamento do Centro, estando sempre a cargo do profissional responsável naquele dia pelo acolhimento.

Os critérios de Admissão:

- Ser morador da área de abrangência do CAPSad Gregório de Matos.
- Ter o uso de drogas como questão principal de sua demanda.
- A família do usuário de drogas pode ser acompanhada, mesmo que o usuário não esteja inserido no serviço.
- Mesmo que o usuário ou sua família não residam na área de abrangência deste CAPSad, poderão ser acompanhados neste

dispositivo. Caso haja serviço desta natureza mais próximo de sua residência, serão encaminhados. Isto se dá em função da insuficiência de CAPSad para a cobertura territorial do município.

São realizadas escalas de acolhimento, almoço e lanche.

OBS. É necessária a presença de um técnico ou redutor de danos para a organização, distribuição e acompanhamento dos usuários durante as refeições.

A visita a campo é uma atividade que faz parte do conjunto de práticas desenvolvidas pelo CAPSad GM em vistas à integração à rede de assistência centrada na atenção comunitária e ao fortalecimento da condição de coordenador das ações de atenção à saúde mental uso de álcool e outras drogas dentro do território a que está adstrito. Por este motivo, os cuidados ofertados pelo Centro nas visitas ao campo ultrapassam o conjunto de tecnologias terapêuticas e aproximam suas ações ao conceito de uma clínica ampliada. Nestas visitas são desenvolvidas práticas de sensibilização e orientação aos usuários de drogas do Centro Histórico de Salvador e moradores de rua desta região. O norte conceitual destas visitas a campo é a Redução de Danos, que serve de referência a todas as atividades desenvolvidas pelo CAPSad GM e que tem nos redutores de danos o seu braço de contato direto com a comunidade nos locais aonde ela se encontra.

As visitas ao campo são realizadas diariamente pelos redutores de danos do CAPSad GM, os quais provêm equipamentos de prevenção, orientações sobre os cuidados com a saúde, distribuição de preservativos, sensibilização para o autocuidado e encaminhamentos ao CAPSad GM e à rede de assistência.

A atividade de territorialização tem como objetivo delimitar a área de abrangência do CAPSad GM, possibilitando o trabalho de base territorial com a população do Distrito Sanitário do Centro Histórico e a identificação dos pontos de vulnerabilidade e proteção neste território. As áreas de abrangência são, por sua vez, subdivididas em micro áreas, nas quais os perfis da população, inclusive em suas condições socioeconômicas, são mais homogêneos.

Esta atividade é realizada por seis redutores de danos e uma coordenadora de campo, os quais juntamente com a equipe de Redutores da Aliança de Redução de Danos – Fátima Cavalcanti, cobrem todo o território.

O mapeamento é consolidado, pela supervisora de campo, com a elaboração dos mapas estático e dinâmico; o primeiro retrata as características permanentes da região e o segundo permite a localização de grupos populacionais de risco, conforme descrito na literatura (BRASIL, 2000). A partir dos dados coletados e de sua atualização, realizam-se o diagnóstico de saúde, a avaliação do que vem sendo realizado e o planejamento estratégico de novas ações dirigidas a esta população.

O Fórum Clínico Institucional é um espaço de educação continuada que envolve todos os profissionais do CAPSad Gregório de Matos (técnicos e estudantes) em parceria com a equipe do Ambulatório, outro segmento da Aliança de Redução de Danos. São convidados para apresentações no Fórum os técnicos do próprio CAPSad GM, de outros projetos da ARD-FC e de outras instituições.

Nestes encontros são priorizadas as discussões teóricas articuladas com relatos de casos clínico ou institucionais, visando aprimoramento, qualificação técnica e maior resolutividade nos serviços prestados a comunidade. A atividade busca atender às necessidades internas de capacitação como também contribuir para consolidação do ensino de estudantes de graduação e pós-graduação que estão em condição de estágio no CAPSad. O Fórum Clínico ocorre quinzenalmente na reunião técnica.

As atividades comunitárias são as que diferenciam o CAPSad GM, e os CAPS em geral, do hospital psiquiátrico, do hospital-dia e do ambulatório tradicional caracterizando a “clínica ampliada” ou a “clínica psicossocial” nas ações do território. Nestas reuniões se dão os “gerenciamentos de casos” da comunidade, seja através de ações setoriais (na área de saúde) seja de ações inter-setoriais (nas diferentes áreas que produzem as melhores chances de justiça e inclusão social dos usuários do CAPSad GM).

Qualquer demanda de natureza social (dificuldade de relação familiar, de habitação, de habilitação profissional, de obtenção de documentos de identificação civil, de acesso ao lazer, de viver na Comunidade, etc. integra o projeto técnico ou o cuidado ao usuário e à sua família, ser dispensado pela equipe do CAPSad. O viés do cuidado comunitário é uma recomendação da OMS/OPAS dentre outras diretrizes divulgadas no Relatório sobre Saúde Mental no Mundo (OMS 2001).

Na reunião com a comunidade é adotada uma metodologia participativa, a partir de discussões e reflexões de problemas e necessidades relacionadas ao uso de drogas por pessoas vivendo Centro Histórico de Salvador levantadas pelos moradores. Os técnicos da CAPSad GM são os facilitadores do encontro; eles elaboram o roteiro de atividades, aberto a mudanças no ato vivo, conectando as demandas propostas com temas importantes trazidos pelos participantes da reunião. As reuniões ocorrem a cada três meses e são realizadas na sede do CAPSad GM.

A Assembleia Geral com os usuários de CAPSad GM (pacientes e familiares) tem como objetivo possibilitar a participação dos usuários e familiares na construção de seu projeto terapêutico bem como propiciar um espaço em que as atividades e dificuldades relacionadas com o cotidiano do Centro possam ser discutidas. A assembleia é um espaço de encontro de diferenças e interesses divergentes, que se orienta pela experiência particular de cada um dos participantes; o seu propósito é o de estabelecer um lugar onde a palavra de cada um é escutada e considerada, ainda que ela não tenha convergência com o dizer da maioria dos participantes. As assembleias são realizadas a cada dois meses na sede do Centro.

A dispensação de medicamentos investe também em educação em saúde com o objetivo de estimular a adesão dos pacientes ao tratamento. Os estudantes de graduação e os residentes também participam das atividades de educação em saúde durante a dispensação. A atividade é realizada pelo farmacêutico ou por uma técnica de enfermagem, treinada para esta atividade, sob a supervisão de uma das enfermeiras. A dispensação de medicamentos é realizada em ambos

os turnos todos os dias da semana, das 08:00 às 12:00hs e das 13:00 às 17:00hs.

O plantão, uma atividade de apoio institucional do CAPSad GM, funciona como um dispositivo de intervenções e apoio à realização das demais atividades realizadas durante os turnos de funcionamento do Centro. O plantão é de responsabilidade de um dos técnicos do Centro, obedecendo a uma escala de Serviço, O plantonista assume a organização do serviço no âmbito assistencial, gerencial e educacional fornecendo as condições necessárias ao bom funcionamento do serviço seja nos aspectos docentes seja nos assistenciais (fornece apoio aos usuários e familiares, visitantes, técnicos e estudantes presentes no Centro no seu turno de atividade). O plantão ocorre diariamente.

O CAPSad Gregório de Matos possui uma equipe multidisciplinar contratada pela UFBA através da FAPEX e financiada pela SESAB. Compõem esta equipe os seguintes profissionais:

<b>CARGO</b>	<b>QUANTIDADE</b>
Coordenador Geral	01
Coordenador Administrativo	01
Coordenador de Capacitação	01
Coordenador de Campo	01
Psicólogo	04
Terapeuta Ocupacional	01
Assistente Social	02
Enfermeiro	02
Técnico Enfermagem	02
Redutor de Danos	06
Oficineiro artista plástico	01
Médico Clínico	01
Médico Psiquiatra	02
Farmacêutico	01
Fisioterapeuta	01
Assistente Administrativo	04
Higienização	02
Vigilante (Terceirizado-UFBA)	02
Porteiro (Terceirizado-UFBA)	01
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>

## **2 - RELATÓRIO DE ATIVIDADES DE MARÇO DE 2015<sup>5</sup>**

O CAPSad GM apresenta como diferencial seu caráter docente e assistencial, em que se constitui como campo de prática na atenção ao uso de álcool e outras drogas para pacientes e familiares e de formação para profissionais de saúde em atividade e para futuros profissionais na condição atual de graduandos e residentes multiprofissionais e na área médica, além da qualificação da rede de atenção psicossocial de todo o Estado da Bahia.

A atenção em saúde para a população em uso abusivo de álcool e outras drogas tem lacunas assistenciais significativas em todo estado da Bahia. Os serviços existentes são em número insuficiente e apresentam grande dificuldade de funcionamento dentro das diretrizes emanadas do Ministério de Saúde que norteiam a atenção à saúde mental, com ênfase para o uso de álcool e outras drogas.

Com parte do contexto acima, a rede de atenção primária também enfrenta dificuldades no acolhimento e na promoção de cuidados básico em saúde para a população de usuários de álcool e outras drogas. Isto motivou articulações políticas de diversas instâncias, em particular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia e da Secretária Estadual de Saúde com o apoio da Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos no âmbito do Programa Crack é Possível Vencer e do Pacto pela Vida, o que culminou na construção de um projeto pioneiro no Estado da Bahia de implantação de um CAPSad docente assistencial.

O CAPSad Gregório de Matos está localizado no Centro Histórico, principal espaço turístico da Cidade de Salvador, espaço complexo, marcado por grande concentração de estabelecimentos comerciais diversos, múltiplas instituições sociais, setores públicos diversificados e ao mesmo tempo, uma população de

---

<sup>5</sup> Parte baseada em documento produzido pelo setor e colocado à disposição da pesquisa (xerox).

baixo poder aquisitivo, intenso consumo e tráfico de drogas e muitas pessoas socialmente excluídas e em situação de rua.

A relevância do CAPSad GM enquanto Serviço de funcionamento contínuo se justifica pela necessidade de qualificação de profissionais para ofertar cuidados básicos e especializados à saúde aos usuários de álcool, crack e outras drogas, alinhados com as diretrizes do SUS e com a política pública de atenção à saúde mental, incluído os problemas decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas.

O CAPSad GM está em atividade há dois anos e dez meses e durante este período o Centro foi o único serviço do Estado que realizou diversos cursos de capacitação teórico-prática em atenção ao uso de álcool e drogas para profissionais da rede de saúde e assistência social da Bahia (principalmente para profissionais dos municípios do interior do Estado). De março de 2012 a março de 2015, mais de 80% dos municípios baianos encaminharam profissionais de saúde da rede básica e especializada para participaram dos cursos de qualificação e aprimoramento no CAPSad.

Além dos profissionais de saúde, o Serviço contribuiu para a formação em Saúde Mental e atenção ao uso de álcool e outras drogas, de 280 acadêmicos de Medicina além de 24 acadêmicos de diversos cursos relacionada à área de Saúde, através de duas atividades PET - Programa de Educação pelo Trabalho e ACCS - Atividade Curricular em Comunidade e Sociedade, vinculadas à Faculdade de Faculdade de Medicina.

No momento, o Centro conta com 619 usuários ativos (em atendimento contínuo) matriculados em sua maioria adultos jovens, masculinos, distribuídos nas modalidades de cuidado intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

Outra atividade que o CAPSad Gregório de Matos desenvolve é o núcleo de infância e adolescência, O CAPSad, entre os dispositivos de atenção aos usuários de álcool e outras drogas em na Bahia, tem valor estratégico não só



organizador, matriciador e articulador da rede de saúde e atenção psicossocial, como também no tratamento propriamente desse segmento.

Vira-mundo, Atenção Psicossocial e Redução de Danos para Crianças e Adolescentes no CAPSad Gregório de Matos: considerando a lacuna de políticas públicas na cidade de Salvador que contemplem com práticas de cuidado o sofrimento psíquico de crianças e adolescentes em uso abusivo de álcool e outras drogas, é que o CAPSad GM criou estratégias de facilitação do acesso e da adesão aos serviços de saúde por esta população específica. O Vira Mundo, compreende um conjunto de ações integradas à assistência oferecida pelo CAPSad GM, tendo como eixos estruturantes a construção do vínculo; o cuidado integral; a intersetorialidade e a atenção no território.

Com este propósito foi agregada às ofertas de cuidados uma grade de atividades direcionadas exclusivamente a crianças e adolescentes em uso abusivo de álcool e outras drogas, sobretudo aquelas em situação de rua no Centro Histórico de Salvador, à exemplo de oficinas de fotografia, práticas esportivas, autocuidado, alfabetização, visita a espaços culturais, arte de rua e cinema.

A realização semanal de um Fórum permanente, integrado por parceiros Interinstitucionais, define o caráter coletivo da proposta e garante além de um espaço de articulações da rede, a possibilidade de discussões dos casos clínicos e estabelecimento de projetos terapêuticos.

Como os resultados já obtidos apontam no sentido de que recursos utilizados pelo VIRA-MUNDO, têm como resultados, especialmente em relação aquelas crianças e adolescentes em situação de extrema vulnerabilidade pessoal e social, a redução dos danos sofridos e a construção de um novo percurso enquanto sujeitos de direitos.

Atualmente dezenas de adolescentes são assistidos pelo núcleo que contam com apoio e parceria de outras instituições como Unidade de Acolhimento Casa da Ladeira, Projeto Axé e Obras Sociais Irmã Dulce. Além da equipe do núcleo realizar consultoria e matriciamento para diversos serviços de atenção a saúde e assistência social que lidam com crianças e adolescentes que fazem uso problemáticos de álcool e outras drogas. Para o ano de 2015 o núcleo tem meta

a capacitação das equipes de todos os CAPSi do Estado, conforme pactuação com área técnica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Outro dispositivo que o CAPS oferece é a Teleconsultoria e matriciamento da rede de atenção psicossocial para o estado da Bahia.

O objetivo do Telessaúde Mental e atenção ao uso de drogas, alinhado com o Telessaúde Brasil Redes \_ Bahia, é o matriciamento e ampliação da resolubilidade em saúde mental, fortalecendo a Estratégia de Saúde da Família e os Centros de Atenção Psicossociais, a partir da oferta de serviços como Teleconsultoria e Tele-Educação, dirigidos aos diversos profissionais destas equipes. O CAPSad GM, iniciou suas atividades de Teleconsultoria no segundo semestre de 2014 em parceria com a Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-BA/SESAB), iniciando a construção de uma rede de apoio em saúde mental e atenção ao uso de drogas aos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família e dos Centros de Atenção Psicossociais I e II. Esta atividade reduz o custo da saúde para a qualificação profissional uma vez que reduz a quantidade de deslocamentos desnecessários de pacientes com transtornos mentais ou que fazem uso abusivo de drogas, aumentando a acessibilidade local aos serviços de saúde e, sobretudo, os de prevenção, bem como dos técnicos para treinamentos em Salvador. Nos últimos meses a equipe do CAPS realizou três Webs palestras e orientou as equipes de saúde da atenção básica e de CAPS I e II de todo o estado da Bahia, contabilizando mais de 200 participantes on-line. Após as apresentações, as aulas foram gravadas e disponibilizadas gratuitamente para acesso posterior através do site da FESF.

O CAPSad GM prioriza capacitação e matriciamento *in loco* das equipes da rede de atenção psicossocial dos municípios marcados por elevados indicadores de violência e problemas relacionados ao uso prejudicial de álcool, crack e outras drogas contemplados pelo Programa Crack é Possível Vencer e do Pacto pela Vida.

O CAPSad GM desenvolve, junto aos usuários em cumprimento de medida socioeducativas, um conjunto de ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. Algumas das maiores dificuldades apresentadas pelos técnicos e

gestores da saúde é a grande quantidade de presos/pacientes que fazem uso de substâncias psicoativas, emergência de transtornos em decorrência desse uso e a carência de suporte da Rede de Atenção Psicossocial AD para a continuação/início do tratamento. As atividades desenvolvidas pelo Centro tem importante potencial para referenciar construção de projetos e modelos voltados para o acompanhamento de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, além de se constituir como espaço de qualificação e aprimoramento de equipes voltadas para essa proposta. No momento, o CAPSad GM acompanha aproximadamente 70 pessoas oriundas de mandato judicial das varas criminais que condenam pessoas detidas em nome do combate ao tráfico de drogas a cumprirem penas sócio educativa.

Mensalmente, são encaminhados para área técnica da SESAB relatórios de acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo CAPSad GM. Estes relatórios tem a finalidade de informar e avaliar os aspectos quantitativos (produtividade) e qualitativos do trabalho realizado. Os registros encaminhados constam de duas partes: Parte I - Atividades de Ensino e Pesquisa – onde são apresentadas tabelas e gráficos comparativos entre as metas previstas e as realizadas no período, devidamente acompanhados de comentários e justificativas dos resultados alcançados; e Parte II – Atividades Assistenciais - também em relação a essas atividades são apresentadas tabelas e gráficos referentes aos atendimentos individuais, em grupos e no território, contendo dados comparativos das metas alcançadas em relação às programadas, devidamente comentados e discutidos.

### **3 - CARTILHA INTEGRATIVA DO COLABORADOR (PROFISSIONAIS E ESTUDANTES)**

Este documento impresso e com ilustrações coloridas é uma orientação a modo de cartilha, para os técnicos e estudantes do CAPSad GM. Resume, por conseguinte o que consta no documento anterior Manual do CAPSad.

#### **4 - AGENDA DE CAMPO**

O distrito do Centro Histórico está dividido em 60 (sessenta) pontos de atuação dos *redutores de danos* do CAPSad GM, pontos esses que correspondem a concentrações de usuários do crack. Os pontos de maior visitação são: Praça da mão, Rampa do Mercado Modelo, Barroquinha, Rua Visconde de Itaparica e adjacências, Piedade, Gameleira (esses dois últimos, na disponibilidade de carros), Rua das Flores, Aquidabã e adjacências, Gravatá, Ladeira da Fonte, Santana, Rua Chile e adjacências, Feira de São Joaquim, Largo do *Pelô* e adjacências, Praça da Sé, Centro POP, Ruas 28, do Bispo, Três de Maio, Saldanha e adjacências, Taboão, Julião e Pilar, além de outros.

As atividades são distribuídas entre os *redutores* e agendadas num cronograma de visitas diárias nas manhãs e tardes. Há, nas segundas-feiras, uma reunião de equipe interna composta por sete *redutores de danos* e coordenada pela Coordenadora de Campo.

Algumas atividades são desenvolvidas no interior do serviço pelos *redutores de danos*, tais como Oficinas de Letramento, de Inglês, de Informática, de Movimento, Núcleo de adolescentes, de Tabagismo e Grupo de Estudos.

A reunião técnica geral do CAPS GM realiza-se às quartas – feiras com toda equipe do CAPS.

#### **5 - FOLDER INFORMATIVO SOBRE O CAPSad**

Instrumento informativo ao público sobre a natureza e função do CAPSad GM, inclusive com a lista de documentos necessários para o usuário se cadastrar no serviço.

#### **6 - FOLDER INFORMATIVO SOBRE A ATIVIDADE DE RD DA ARD-FC**

Instrumento informativo da ARD-FC, serviço de extensão permanente da Faculdade de Medicina da Bahia – Universidade Federal da Bahia à qual

pertence o CAPSad GM, que, juntamente com aquela desenvolve a atividade específica da *estratégia de redução de danos*.

Enumera como população – alvo as seguintes classes:

- ✓ Usuários de drogas (UD)
- ✓ Parceiro(a)s de UD
- ✓ Usuários de anabolizantes
- ✓ Profissionais do sexo
- ✓ Tatuadores
- ✓ Jovens entre 14 e 15 anos egressos de escolas públicas
- ✓ Homossexuais e travestis
- ✓ Comunidade em geral

Desenvolve, além disso, as seguintes ações:

- ✓ De capacitação de equipes de Redução de Danos
- ✓ Consultoria Técnica a Organismos Governamentais e ONG na Bahia e em outros Estados
- ✓ Mobilização Comunitária com ênfase em Cidadania e Direitos Humanos
  
- ✓ Educação em saúde
- ✓ Suporte Técnico a equipes da EACS e ESF
- ✓ Pesquisas Comportamentais e Epidemiológicas do uso de drogas, de Transmissão do HIV, Hepatites e DST
- ✓ Informação sobre o uso menos arriscado de drogas
- ✓ Encaminhamento médico e psicoterápico, para UD e familiares
- ✓ Orientação sobre DST/Aids, hepatites, tuberculose, saúde reprodutiva e outras
- ✓ Disponibilização de preservativos masculinos e femininos, kit de troca de seringas e material informativo
- ✓ Orientação e encaminhamento para testagem sorológica: anti-HIV e sífilis
- ✓ Assistência clínica a pessoas que usam drogas e seus familiares
- ✓ Prevenção do uso/abuso de drogas na escola

- ✓ Pesquisa – ação com fins à elaboração de novas tecnologias de intervenção para a ressocialização de jovens usuários de drogas egressos de escolas públicas.

## **7 – PANFLETO “Curta sua Vida”**

Instrumento de divulgação ao público em geral sobre orientação sexual segura para evitar a contaminação do HIV, assinalando que, apesar de não haver cura tal infecção é tratável e as pessoas podem ter vida sexual normal com os devidos cuidados informados. Dá, ainda orientação sobre uma alimentação saudável, reafirma a importância à adesão ao tratamento e dos direitos ao tratamento como exercício da cidadania.

## **8 – FICHA DE ACOLHIMENTO**

Utilizada a todo usuário que chega à Unidade para os primeiros registros e evolução do cuidado. Compõe-se de:

- Dados de identificação
- Dados sociodemográficos
- Relato do Acolhimento
- Encaminhamentos feitos dentro do serviço
- Padrão de Consumo, Tabela enumerando todas as SPA, seis padrões de uso, inclusive a que mais o preocupa.
- Vias de administração com as devidas observações verificadas
- Anamnese/história sob o uso da(s) SPA
- Plano Terapêutico
- Atividades profissionais que desenvolve
- Ficha de Acompanhamento em Grupos Terapêuticos
- Ficha de Evolução no serviço

- Ficha de Referência/Contra referência com resumo do histórico no serviço
- E as fichas mensais do MS BPA-C de produção ambulatorial e RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Atenção à Saúde com 16 indicadores técnicos do cuidado
- Formulário das Atas das Reuniões Técnicas semanais
- Formulário das Assembleias
- Relação dos medicamentos utilizados
- Cartão de matrícula no serviço
- Cronograma semanal das atividades programadas segundo PTS
- Mapa de Campo, assinalando o campo de atividades proativas relacionadas com o usuário.

### 6.2.3 – Análise das entrevistas semiestruturadas

No item anterior apresentou-se resumos de material coletado no CAPSad em estudo que serviu de base para as entrevistas que seguem, assim como para as análises correspondentes.

Como se mostrará, as respostas não comuns, mas livres e espontâneas de um determinado entrevistado, próprias dos estudos qualitativos, mostraram-se enriquecedoras do objeto do estudo.

A cada sub-questão do Roteiro de Entrevista (Apêndice B) foram resumidas as respostas comuns ou similares, bem como as individuais espontâneas de cada entrevistado.

### **Questão 1: O uso do crack e as estratégias de redução de danos**

- 1.1 - Início da implantação das estratégias de redução de danos na unidade. E a diferença entre o projeto Aliança e o trabalho da equipe do CAPS hoje lotada na Instituição Gregório de Matos.**

Um dos entrevistados (o oficinairo) informou que as estratégias de redução de danos foram iniciadas desde a criação do CAPS há quatro anos (sic), embora outro entrevistado (a coordenadora de campo) explicitamente detalhadamente que o CAPSad GM foi implantado em 2012, por conseguinte há três anos, em parceria com a SESAB.

Esses dois entrevistados, contudo acrescentaram que a atividade de redução de danos (RD) já vinha sendo desenvolvida em nosso meio pelo Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas desde 1995, separando-se desse em 2004 e passando a ser realizada em outra Unidade (Faculdade de Medicina da Bahia – UFBA – Terreiro de Jesus, Centro Histórico) como Atividade de Extensão Permanente dessa instituição em 2005, em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde de Salvador, atividade essa que tomou o nome de Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcante (ARD-FC).

A ARD-FC foi dito pela coordenadora de campo como “instituição – mãe” de todos os projetos de cuidado a usuários de SPA, especialmente na atividade de RD, inclusive do CAPSad GM, cuja natureza veio acrescentar às atividades de RD o cuidado intensivo diário e ambulatorial (-posturas do oficinairo e da coordenadora de campo) inerente às atividades da *clínica psicossocial* do CAPSad GM. Esse veio, pois complementar, oferecer mais capacidade resolutiva às atividades de redução de danos.

## **1.2 - Como essas estratégias estão sendo desenvolvidas**

Apenas a coordenadora de campo se deteve, nessa questão, informando sua história e a organização dos serviços de RD em nosso meio. Informou que

As atividades de RD, antes da implantação do CAPSad GM em 2012, eram desenvolvidas anteriormente pelo CETAD, que, a partir de 2004, passou também a ser pela ARD-FC, que manteve as três “frentes de trabalho” específicas sobre RD, cada qual com seu grupo de redutores: a) capacitação da atenção básica em Unidades de



Saúde de Salvador; b) abordagem de campo no Distrito Sanitário do Centro Histórico e c) atividade de formação, com abordagens no bairro, anteriormente desenvolvidas pelo CETAD.

Tais atividades demandaram, com o passar do tempo, uma atividade mais ampla para complementar as até então existentes, o que resultou na implantação do CAPSad GM, financiado pela SESAB, com a função de *clínica psicossocial* em 2012. Tanto a ARD-FC (20 redutores e cinco Supervisores) e o CAPS tinham seus redutores e supervisores das atividades de campo para RD advindos da ARD-FC.

Em 2012, meses após as eleições municipais de 2012 e a consequente mudança da política, a SMS de Salvador passou a não mais financiar as atividades da ARD-FC, cujos redutores e supervisores foram constituir a equipe do CAPS, financiado pela SESAB; ambos eram como uma coisa só, tendo aquela a função-mãe histórica e de capacitação.

Após isso, alguns redutores que ficaram na ARD-FC passaram a participar de outros projetos da especialidade, como o “Ponto de Encontro” coordenado pelo CETAD na região do Distrito Sanitário do Centro Histórico, que, também por falta de financiamento público se extinguiu.

Os demais três entrevistados (o oficinairo, o redutor de danos e a TO), principalmente o Oficinairo e a TO detiveram-se especificamente no ato da RD, afirmando de modo geral que:

A preocupação da RD é com a saúde do usuário, com seu emocional e, também, com o uso menos nocivo da droga, como sua diminuição, a proteção na atividade sexual e orientação sobre as DST, fazendo-o corresponsável consigo mesmo. (Entrevista com a TO)

O Oficinairo relatou que a

[...] RD foi uma nova estratégia para trabalhar com os usuários: os usuários são abordados em seu *habitat*, para os quais são dadas orientações, não para a abstinência pura e simples, mas, em respeito aos direitos do cidadão-usuário, sobre a redução dos danos provocados pelo uso das SPA, como infecções respiratórias, hepatites, DST e HIV e, para tanto, oferta de utensílios, como cachimbos, seringas, além de lanches... etc.

Resultante desse relacionamento humano, fraternal e ao mesmo tempo técnico, segundo o Oficineiro, Redutor de Danos e TO, alguns usuários procuram voluntariamente o CAPS, onde é elaborado o PTS – Projeto Terapêutico Singular. Esse instrumento se preocupa com a saúde do usuário e não com a verticalidade de ele precisar apenas deixar de usar a droga. Em razão disso,

Misturado com o problema das drogas têm aparecido inevitavelmente conflitos sociais e familiares ao mesmo tempo causa e efeito do uso das drogas; muitos deles procuram a felicidade dentro do crack.

O usuário do crack, pela própria natureza desse, tem muito desgaste na concentração, na memória, na atenção e em vários outros aspectos, que terminam deteriorando o ser humano [...] É difícil você pegar uma pessoa assim e querer que ele fique duas horas concentrado em uma atividade. Trabalhamos, então nisso.

A depender da condição de cada indivíduo, a Unidade oferece, a depender de seu PTI, Grupos de Acolhimento, Grupos de Relaxamento, Grupos de Informação sobre o crack e Grupos de Arte (Oficinas), na estratégia de substituir o prazer ofensivo da droga pelo não ofensivo [...] A arte tem um peso muito grande nessa estratégia; por trabalhar com o prazer, com o lúdico, ela traz uma emoção positiva em sua vida, melhorando sua concentração no trabalho, propiciando inclusão na Sociedade. Nisso já estamos fazendo RD.

Por essas atividades serem sempre em grupo, ele [usuário] passa a trabalhar com pessoas que têm o mesmo intuito seu em uma ambientação mais salutar; isso forma um grupo social de força maior.

### 1.3- As dificuldades encontradas

Segundo o Redutor de Danos, uma dificuldade particular advinda especialmente com o crack<sup>6</sup>, é não escutar as demais pessoas, de iniciar e estabelecer vínculo pessoal e social, inclusive para com os redutores de danos. Em outras palavras,

---

<sup>6</sup> O crack, pelo fato de ser inalado, é, imediatamente, em segundos, absorvido por toda extensa área dos alvéolos pulmonares, gerando imediata necessidade ou dependência, criando, assim o sintoma da *fissura* ou *craving*, com o qual o usuário em nada mais pensa ou faz a não ser inalar nova dose. Daí sua dificuldade de concentração, atenção, memória e resistência a iniciar e manter vínculos interpessoais e sociais.

[...] dificuldade de o usuário perceber e aceitar a necessidade de se proteger, de se cuidar, de manter uma atividade sexual sem riscos, de fazer um esforço para pensar e refletir sobre sua prática (TO).

Além disso, são dificuldades

A própria droga, bem como a Sociedade, através de seus variados mecanismos de limitação e segregação das pessoas, responsáveis pelos preconceitos culturais de que os usuários são apenas doentes, tratados sempre como tais, eticamente irresponsáveis, degradadores da Sociedade e possuidores tão somente de valores negativos (Oficineiro).

A desconstrução desses preconceitos, segundo o mesmo Oficineiro, constitui-se em tarefa das mais difíceis.

[...] Dificuldade de se trabalhar em *Rede*, não apenas com os serviços da área da saúde, mas os demais serviços sociais, que não entendem ainda, devidamente, o que é o cuidado que se baseia na estratégia de redução de danos.

## **Questão 2 – Assistência aos usuários de crack**

### **2.1- As maiores dificuldades e abordagem para o cuidado a esse público-alvo**

O Oficineiro, o Redutor de Danos e a TO responderam esta questão. Nos subitens deste item, diferentemente do de número 1.3 - As dificuldades encontradas, pretendeu-se saber das dificuldades não as do serviço em geral como tal, mas da abordagem técnica propriamente dita, levando-se em conta as resistências naturais dos usuários e as dificuldades técnicas da própria especificidade da abordagem principalmente para com os usuários do crack:

[...] eles dizem “*é mais um que vem tentar me conduzir ou me recriminar*” (Oficineiro).

[...] a dificuldade é da *aproximação*, porque é uma população afastada da Sociedade e ela ignora a aproximação [...] a gente precisa voltar ao mesmo lugar várias vezes para o usuário nos reconhecer e aceitar. (Redutor de Danos)

Além disso, parece haver uma estratégia de tempo adequado e de circunstâncias especiais nem sempre controláveis para essa aproximação, como referiu a TO:

[...] a dificuldade é saber o momento propício, do usuário e de sua circunstância; isso é muito importante; às vezes ele está em uso da substância, noutras não conseguem compreender a mensagem que queremos passar e, por fim, a existência de outros atores sociais com abordagens que dificultam e contradizem a nossa [...] um membro de alguma religião, que distorce o que eu tinha dito, dizendo que não adianta ou um policial truculento, agressivo, cuja atitude é contrária à nossa.

Essa resistência ou, melhor, esse *contra - preconceito* tem suas justificativas pelo que os usuários veem na mídia, como disse o Oficineiro:

[...] pela ação de instituições que o procuram com interesses particulares seus: algumas religiosas, policiais e políticas que querem, no fundo, tirar proveitos do usuário [...] passando-lhe a mensagem de que são ruins, sem valor, negativos e a razão de todo mal da Sociedade, querendo, por isso, salvá-lo.

Um dos entrevistados, o Oficineiro, falou claramente da dificuldade, às vezes intransponível, para o cuidado dos usuários, principalmente os do crack, pelo fato de o objetivo do cuidado – inclusão social, restituição da cidadania - ser o mais amplo e extrapolar o campo das atividades dos serviços da saúde:

Para você encaixar uma pessoa na Sociedade não é muito fácil. Ela precisa de estruturas muito maiores. Ela fica muitos anos nisso, defasado, perdendo escola, informações e despreparada... [...] Como vai, assim conseguir um emprego, fazer um concurso?... claro que ela vai perder. [...] Ela precisa retomar a escola, se reabilitar para conseguir um trabalho, se incluir na família e nas coisas da Sociedade. É preciso chamar e trabalhar a família, mudar seus preconceitos e habilitá-la para um tipo de trabalho.

Para que ele possa obter um rendimento financeiro para conviver no meio dos demais cidadãos. Como se vê, “[...] a infraestrutura é muito precária [...] o que o Estado pode oferecer é muito pouco” (Oficineiro).

## **2.2- As estratégias de redução de danos utilizadas para os usuários do crack**

Os instrumentos técnicos de estratégia da atividade de RD utilizados são, segundo a Coordenadora de Campo:

[...] realizadas primeiramente pelos *redutores de danos*, que são educadores sociais nessa atividade, cuja função é abordar os usuários nas ruas do Centro Histórico de Salvador, informando sobre os cuidados com a saúde, as consequências do uso abusivo de drogas e encaminhamento para exames, tratamentos e os serviços que atendem, inclusive o CAPSad GM.

No interior do CAPS, procurado voluntariamente por aqueles que, em sua quase totalidade foram abordados nas ruas, são oferecidos os seguintes recursos:

[...] oficinas<sup>7</sup>, o apoio que recebe da instituição, os tratamentos médicos, psiquiátricos, psicológicos, apoio dos diversos técnicos, discussão em grupos para a melhor caminho/orientação e a elaboração do PTS. (Oficineiro).

Além desses, o simples fato de o usuário estar na instituição realizando atividades já é, em si, uma RD, pois está afastado das drogas (Redutor de Danos) e construindo vínculos interpessoais, sociais com os colegas dos grupos e demais pessoas do serviço.

## **2.3 - A eficácia das estratégias de redução de danos**

Apesar das dificuldades infraestruturais sempre insuficientes e da lentidão para se conseguir os resultados pretendidos, os três entrevistados (Oficineiro, Redutor de Danos e TO) que responderam esta questão pareceram otimistas em enxergar eficácias de resultados na vida dos usuários:

---

<sup>7</sup> Atividades grupais com objeto concreto previamente determinado.

[...] são boas, mas falta mais infraestrutura [...] o cidadão precisa de mais coisas do que a gente pode dar (Oficineiro).

Segundo o Redutor de Danos as estratégias não consistem apenas em diminuir ou deixar a droga, mas cuidar da saúde, incutir que o próprio usuário precisa cuidar da saúde dele, que tem outros direitos, tirar sua documentação... Isso é eficaz por que é cidadania.

A Terapeuta Ocupacional explicitou claramente que os resultados são muito lentos e perceptíveis depois de algum tempo.

A melhora não é só como eu quero, mas aquilo que ele vai mostrando com o tempo: cuidando melhor de sua saúde, alimentando-se bem, com mais e melhores relações sociais e maior compromisso consigo.

### **Questão 3 – SOBRE OS USUÁRIOS**

#### **3.1 O acolhimento**

A sensibilização na rua, no campo, precede o acolhimento no CAPS (Oficineiro, Redutor de Danos e a TO), para onde vêm voluntariamente os usuários, o qual é feito, em um primeiro momento, por um técnico da escala, numa conversa bem informal e inicial. Em um segundo momento, é encaminhado para um grupo de técnicos, que consiste.

[...] em informar ao usuário o que é o CAPS, em que pode lhe servir, qual a demanda dele, sua intenção de tratamento, que pensa sobre sua recuperação, o que os profissionais fazem aqui (Oficineiro), [...] é informado sobre as diversas oficinas, os serviços parceiros, que constituem a rede (RAPS – Rede de Atenção Psicossocial composta por serviços da área da saúde e da área social).(TO)

Nesse grupo, além do mais, será definido, com a participação do usuário,

[...] seu projeto terapêutico (PTS – Projeto Terapêutico Singular) e ele decidirá se quer ou não o tratamento, tomando conhecimento de seus compromissos e dos nossos nesse contrato (Redutor de Danos).

[...] a depender da vontade, da disponibilidade de turno para ele vir ao CAPS e da escala dos profissionais no serviço, o *técnico de referência* (TO) poderá não ser que o acolheu no primeiro momento.

### **3.2 – Impressões complementares sobre o serviço**

Todos os entrevistados foram unânimes em afirmar a pouca sensibilidade e falta de interesse da Sociedade, decorrentes das rotulações preconceituosas que faz sobre os usuários de crack, como se eles fossem tão somente

[...] pessoas alteradas, agressivas, que não dormem, que não pensam em nada além do uso da droga, que não têm noção dos riscos da vida, que não vão mais parar de usar o crack e que viverão sempre assim; em outras palavras, usou o crack, acabou, não têm jeito. (4)

Considera-se que sejam dificultadas as oportunidades particularmente para os usuários do crack na Sociedade, pela falta de:

[...] mais profissionais trabalhando, melhora dos preconceitos e mais abertura para lhes propiciar melhor educação, saúde e oportunidades profissionais (Oficineiro).

Consequentemente,

As iniciativas e propostas das políticas públicas existentes parece não entenderem como se deve adequadamente se cuidar das pessoas que fazem uso do crack (Redutor de Danos). Precisamos desmitificar isso (TO)

Diferentemente disso, o dia-a-dia nosso mostra que eles são abordáveis, compartilham e são responsáveis com o tratamento. (TO)

## **Questão 4 – SOBRE OS PROFISSIONAIS**

### **4.1 – Sugestões sobre a assistência aos usuários do crack e quanto a ações necessárias à implementação desta política**

Os profissionais da rede do setor saúde, incluindo-se aí os dos serviços fora da área da saúde, que trabalham com RD principalmente com respeito ao crack, têm que aceitar o trabalho de maneira voluntária, ter certa vocação e sensibilidade para isso e não apenas para ter um mero emprego. Pois o trabalho nesse campo é difícil, lento, tem opositores, por conseguinte muitas situações frustrantes, inclusive com a não compreensão devida da própria Sociedade (TO).

Além disso, precisam ser melhoradas as parcerias, essenciais ao trabalho de habilitação social, principalmente por parte das redes básicas de saúde, da defensoria pública, da atenção hospitalar mais viável (TO), do vínculo familiar (Oficineiro) todas elas necessárias ao trabalho nosso, cujo objetivo último é habilitar as pessoas para se incluir melhor na Sociedade e melhorar a cidadania dos usuários (TO).

É necessário entender, que muitas vezes a droga é buscada para procurar a felicidade que não se encontra na vida (familiar, social - inclusive para as necessidades básicas que afrontam o direito individual<sup>8</sup> das pessoas – amorosa e nas oportunidades e alternativas de lazer... etc. (TO) “[...] quando você consegue encaminhá-los para minimizar essas dificuldades o uso da droga diminui ou desaparece” (TO).

O Oficineiro e o Redutor de Danos focaram suas sugestões na falta de interesse dos governos federal, estaduais e municipais, além do mais, “[...] vigiando as fronteiras para inibir o tráfico, diminuindo a impunidade de seus executores”.

Para melhoria do objetivo de nosso trabalho o tratamento apenas não é suficiente. “A gente precisa muito mais que isso” (Oficineiro).

---

<sup>8</sup> Direito à vida, à propriedade (possuir bens), à igualdade, liberdade de expressão, de associação e de religião.



[...] mesmo o crack sendo um dos maiores problemas sociais dos últimos anos, principalmente nas grandes metrópoles. Essa falta de interesse afeta negativamente as expectativas dos usuários: se interesse maior houvesse, eles teriam mais confiança, mais estímulo para cuidar melhor de sua vida. (Redutor de Danos)

#### **4.2 - Frequência da capacitação da equipe no cuidado ao usuário de SPA**

A maior capacitação é a vivência intensiva da prática, onde, a cada momento se depara com coisas novas, inesperadas, que a literatura não diz, não ensina prever o momento nem a forma. Concomitantemente com ela, as reuniões e discussão sobre essa prática são constantes e muito enriquecedoras. O universo das situações com que nos deparamos - objeto de nosso trabalho - é da ordem, não só à droga, mas das situações vicissitudinárias e infinitas da vida (Oficineiro). Numa expressão mais simbólica, “[...] *Somos capacitados pela discussão constante dos incessantes problemas que o crack nos traz todos os dias*” (Redutor de Danos).

Além disso, o CAPSad GM, sendo um serviço docente-assistencial, força, por sua natureza, estar discutindo incessantemente as práticas vividas. A capacitação tem mais esse acréscimo qualitativo. Além disso, há reunião semanal com toda a equipe (supervisores, profissionais, estudantes...) e a capacitação propriamente dita, duas a três vezes por mês, com os supervisores e pessoas de fora do serviço (TO).

#### **6.2.3 - Visita de campo**

Realizada juntamente com dois redutores de danos da Unidade, na Rampa do Mercado Modelo adstrita ao Centro Histórico da cidade do Salvador, local de grande concentração de usuários de crack.

Local bastante insalubre: de um lado, o mar; do outro um amontoado de lixo. O uso do crack é intenso. Grupos diversos se reúnem em determinado local, tentando se esconder por traz de isopores para fumar a droga. Fumam e, logo a

seguir , quando a droga acaba saem à procura de mais, voltam, fumam, distribuem entre as pessoas do grupo, olhos vidrados, discutem, fazem as pazes, tudo com bastante intensidade.

Observou-se o vínculo amistoso de alguns com os redutores de danos. O grupo observado era composto de homens e mulheres adultos e adolescentes de ambos os sexos.

Um dos adolescentes observados, de aproximadamente 16 anos, ex-usuários do CAPSad GM, evadiu-se e voltou a fazer uso intenso da droga.

A abordagem dos *redutores* foi bastante discreta e respeitou-se o momento em que alguns não queriam ser incomodados porque estavam usando a droga. Nesses momentos eles não gostam de aproximação. Os redutores de danos distribuíram preservativos aos que desejavam receber, conversaram sobre os cuidados com a saúde, a importância de beber bastante água quando estiverem consumindo bebidas alcoólicas, a importância de não compartilhar cachimbos durante o uso do crack, indagaram sobre a saúde deles.

A visita foi gratificante e enriquecedora ao estudo pelo fato de mostrar *in loco* detalhes da realidade conhecida através da mídia.

## Capítulo 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os documentos coletados sobre o Serviço e as entrevistas realizadas, tendo como objeto nuclear o uso do crack e as estratégias de redução de danos, destacamos:

Segundo as diretrizes dos instrumentos normativos ministeriais e dos artigos da literatura aqui citados, dos documentos Manual do CAPSad GM e o Relatório de Março de 2015, bem como o variado material coletado das entrevistas foi demonstrada a efetividade das atividades desenvolvidas pela Unidade estudada, de acordo com a chamada *clínica psicossocial*, própria da natureza dos CAPS em geral. Esse termo é uma expansão ou ampliação da conhecida clínica (*klínos*) de Hipócrates, no sentido em que, para cuidar dos portadores de transtornos mentais severos e persistentes e de sofrimento social significativo decorrente do uso de substâncias psicoativas, as atividades devem ser desenvolvidas no interior da Unidade de saúde (o CAPSad GM) e no ambiente onde vivem essas pessoas ou usuários, desenvolvendo-se, assim ações comunitárias.

Nesse sentido, apenas em um Distrito Sanitário - o do Centro Histórico de Salvador - o documento Agenda de Campo assinalou 60 (sessenta) pontos ou locais diariamente visitados pelos Redutores de Danos, onde se concentram os usuários fazendo uso das drogas, principalmente do crack. O trabalho de *redução de danos* inicia-se, pois aí, na Comunidade e é complementado nas atividades do CAPSad GM para aqueles usuários que voluntariamente o procuram.

O conceito e prática da redução de danos, como se mostrou, tiveram suas primeiras sementes lançadas em 1926, na Inglaterra, em cujo Relatório de Rolleston os médicos sugeriam a administração monitorada do uso de morfina para os usuários. Seguiu-se, em 1984, em Amsterdã, Holanda, o programa experimental de troca de seringas para os usuários de drogas injetáveis (UDI). Em 1989, em Santos – SP, a intenção de oferecer seringas para evitar contaminações foi impedida judicialmente. O programa pioneiro de *redução de danos*, de fato, surgiu, no Brasil, em 1995 numa ação do CETAD, em Salvador - BA, após não poucas querelas com a segurança pública local. O que está por baixo da ação de RD é, em primeiro lugar, uma

intenção sanitária e, em segundo, o respeito aos direitos individuais do cidadão<sup>9</sup> usuário de viver sua vida como melhor lhe convier (NERY-FILHO, 2004). Essa nova visão extinguiu a tradicional de ter a abstinência como único ou principal objetivo dos cuidados da saúde.

No presente estudo, essa estratégia de redução de danos foi verificada *in loco*, como mostraram a Visita de Campo e as respostas dos entrevistados sobre a técnica de realizá-la: a capacitação especializada dos redutores de danos; o respeitoso, cuidadoso e sutil vínculo deles com os usuários, inclusive, respeitando os momentos em que faziam uso do crack, orientando-os sobre o cuidado com a saúde, com a alimentação, com o uso adequado da droga, evitando-se os riscos decorrentes e encaminhando-os para serviços de saúde geral na existência de demandas dessa natureza, bem como da existência e finalidade do CAPSad GM, para onde os que comparecem o fazem espontaneamente.

Um dos entrevistados - o Redutor de Danos -, demonstrando sua satisfação com o trabalho, chamou a atenção da lentidão de se alcançar os objetivos, particularmente após o advento do crack nas últimas décadas. Isso acorda com o que fora referido no item 2.3, sobre a ação do crack no SNC - (BRASIL, 2010, P. 43): “[...] *Fumar o crack é a via mais rápida de fazer com que a droga chegue ao cérebro e provavelmente esta é a razão para a rápida progressão à dependência*”. Essa particularidade do crack em provocar a *fissura* é a responsável, segundo Tharcila e outros, (2011) pelo rebaixamento de valores dos usuários, sujeitando-os a práticas arriscadas para a obtenção da droga. Foi igualmente essa particularidade do crack que fez emergir, na última década, instrumentos normativos oficiais (tais como a Portaria GM/MS 3.080 de 23/12/2011), criando-se novos serviços especiais para o cuidado dos usuários de SPA, inclusive com períodos de internação integral de seis a nove meses (BRASIL, 2011).

Essa lentidão em alcançar resultados comportamentais por parte dos usuários tem justificativa no substrato neurofisiológico, trazido nas últimas décadas do século passado, conhecido como *teoria da plasticidade neuronal* (HYMAN, 2000; CARLSON, 2000; FERRARI, *et al.*, 2001), segundo a qual resultados

---

<sup>9</sup> Tais como direito à vida, a ter suas coisas (propriedade), igualdade perante a lei, liberdade de ir e vir e de expressão, de associação e de religião.

comportamentais acontecem à medida que novos circuitos neuronais são feitos e refeitos concomitantemente com base nos novos prazeres e satisfações que os usuários vão conseguindo na vida, estimulados pelos fatores de inclusão social e resgate da cidadania. Esse rearranjo de circuitos neuronais não poderia deixar de ser lento e demorado, É, por isso um dos maiores desafios dos CAPS ou da *clínica psicossocial*, quer para os usuários de drogas, quer para os portadores de transtornos mentais.

A frequência dos usuários na diversidade de atividades desenvolvidas no interior do CAPSad GM para os que o procuram voluntariamente, no dizer do Oficineiro e do Redutor de Danos entrevistados já é, em si, uma *redução de danos*. Pois, além de os usuários estarem afastados do uso da droga, estão eles experimentando atividades outras que lhes almejam oferecer outros sentidos a suas vidas, tais como Oficinas de Letramento, de Inglês, de Informática, de Movimento, Núcleo de adolescentes, de Tabagismo e Grupo de Estudos como se mostrou.

Essas atividades revelaram, pois, no dizer da Cartilha de Redução de Danos, conceituando redução de danos, uma “[...] *busca para minimizar as consequências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais e econômicos sem, necessariamente, reduzir esse consumo*” (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 4-8).

Mesmo assim, um estudo da UNIFESP (BRASIL, 2013) revelou que se obtém a cura de apenas um terço da população dos usuários e que a mortalidade entre eles foi sete vezes maior que a da população em geral.

No campo das dificuldades todos os entrevistados referiram a falta de infraestrutura e o preconceito. A complexidade do objeto, sendo a inclusão social dos usuários, demanda mais recursos de pessoal no trabalho de ruas e da parceria com outros serviços, não só do setor saúde, mas de natureza social. Além da falta de sensibilidade, para tanto, das políticas públicas de saúde, por baixo disso tudo, está o preconceito e o “mito” para com os usuários tidos como “irresponsáveis”, “marginalizados”, “inúteis”, “desqualificados socialmente”, “pobres” “sem valor” e “criadores de problemas sociais”. (RODRIGUES, 2000; COUTINHO, 2015). Em outras palavras, o uso das SPA, principalmente do crack, tem servido de “mito”, pela maneira como se vem lidando com elas, revelando o mau entendimento das causas sociais relacionadas. Nas palavras de Hart (2014), “*O fato de alguém fazer uso de substâncias psicoativas, ainda que regularmente, não significa que seja ‘viciado’*”.

Não significa sequer que o seu real problema sejam as drogas. O mesmo é dito na publicação de Silveira (2015): *“Crack é bode expiatório da exclusão social e da miséria”*.

Insiste-se, pois que a culpa da violência não está no crack e sim nas mazelas sociais que se associam a desigualdades e à extrema vulnerabilização da população em situação de rua. Embora aqui se tenha enfatizado tais fatores estruturais, o presente estudo teve como objetivo avaliar os procedimentos, estratégias de redução de danos, as dificuldades e avanços das políticas públicas de saúde.

## REFERÊNCIAS

ABRAMS, D.B. & LEWIS, D.C, 1999. In: NIEL, M. & SILVEIRA, X.S. Ministério da Saúde – Brasil – Proad/UNIFESP. **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo, 2008.

ACSELRAD, G. A educação para a autonomia: a construção de um discurso democrático sobre o uso de drogas. In: **Avessos do Prazer: drogas, aids e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

ANDRADE, T.M; LURIE, P; MEDINA, M.G. *et al.*, 2001. In: NIEL. M. & SILVEIRA, X.S. Ministério da Saúde – Brasil – Proad/UNIFESP. **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo, 2008.

BRASIL – CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Cartilhas sobre o Crack**. 4ª Composição, Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_ – Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 3.088**, 23/12/2011.

\_\_\_\_\_ – Presidência da República - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas-SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias** – 3. ed., Brasília, 2010.

BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde**, Maio, 2010.

BRAVO, A. O, 2000. In: VALERIO, A.L.R. **(Mal)dita Liberdade e Cidadania – a redução de danos em questão**. Universidade Católica do Salvador – Dissertação de Mestrado. Salvador, 2010.

BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1992.

CARLSON, N.R. **Physiology of Behavior**. Boston: Allyn & Bacon, 2000.

CASTEL, Robert (2005), **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. 5 ed. Petrópolis: Editora Vozes.

COUTINHO, L. Os Filhos do crack. **Revista semanal Veja**, São Paulo, Abril, Ano 48, nº 8, Fev. 25, 2015.

DALLANORA, C.R; GERMANI, A.R.M; RODRIGUES, A D; ROSA, J.D. Sala de espera: Um ambiente para efetivar a Educação em Saúde - Vivências: **Revista Eletrônica de Extensão da URI ISSN 1809 -1639**.

DOMANICO, A. **Craqueiros e Cracados: bem vindo ao mundo das nóias**. Universidade Federal da Bahia - Dissertação de Mestrado. Salvador, 2006.

ESCOHOTADO, A. **Las Drogas. De los Orígenes a La prohibición**. Madri, Alianza Editorial, 1994.

ESTADO DE SAÕ PAULO – **Decreto Nº 42.987** de 13 Março, 1998.

FERRARI, EAM, MARGARETE SATIE S. TOYODA MS, FALEIROS L, MARIA CERUTTI, S M . Plasticidade Neural: Relações com o Comportamento e Abordagens Experimentais. *Psic.: Teor. e Pesq.* vol.17 no.2, Brasília May/Aug, 2001.

FIOCRUZ/SENAD. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil - Inquérito epidemiológico.** Rio de Janeiro, Fiocruz, 2013.

FLICK, U. (2002). Entrevista episódica. In: GONDIM, S.M; GUEDES & FRASER, M.T.D. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*, 2004, 14 (28), 2004, 139 -152.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3. ed. São Paulo, Atlas, 2014, 159 p.

GONDIM, S.M; GUEDES & FRASER, M.T.D. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*, 2004, 14 (28), 2004, 139 -152.

GONTIJO, D. T., MEDEIROS, M (2010), Significados da maternidade e paternidade para adolescentes em processo de vulnerabilidade e desfiliação social. *Rev. Eletr. Enf.*, 121, 94: 607-15. <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a03.htm>. doi: 10.5216/ree.v12i4.12340, acessado em 04 Jun. 2015.

HORA, C. M. C. e PERREAULT, M (2014). **O espaço da moradia como determinante para a mobilidade social e promoção da cidadania de famílias de baixa renda.** In: Anais da XVII Semana de Mobilização Científica - SEMOC da UCSal, 2014 Universidade e Cidade : dialogos contemporaneos, 15 DE Outubro de 2014.

HYMAN SE. Mental Illness: genetically complex disorders of neural circuitry and neural communication. *Neuron*, 28: 323, 2000.

IVE, V (s/d), **O povo das ruas - trajetórias de exclusão social.** Mimeo, 113 p.

LONDON, J. (2004) **O povo do abismo: fome e miséria no coração do império britânico: uma reportagem do início do século XX.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo.

JOVCHELOVITCH, S & BAUER, M.W (2002). In: GONDIM, S.M; GUEDES & FRASER, M.T.D. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*, 2004, 14 (28), 2004, 139 -152.

LAKATOS, M.E.; MARCONI, M.A. **Metodologia do trabalho científico.** 4. ed. Rev. e ampliada, São Paulo. Atlas, 1992.

HART, C. **Um preço muito Alto,** Zahar, Rio de Janeiro, 2014.



LARANJEIRA, R. & TYKANORI, R. Crack – solução é acolher e reconstruir vidas. **O Estado de São Paulo – Espaço Aberto**, São Paulo, 30 Agosto, 2011.

\_\_\_\_\_. **Governo subestima o problema do crack, afirma especialista**, Maio de 2011. Acessado em [www.segs.com.br/portal nacional](http://www.segs.com.br/portal_nacional), em 13 Nov. 2013.

LLYSANIAS, P. **Dependência química e Sociedade - a fissura, momento de atenção**. <http://www.depquimicaesociedade.com.br/index.php/a-fissura-momento-de-atencao>, acessado em 15.11.2013.

MACRAE, E. **Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos**, 2007. Disponível em: [www.neip.info](http://www.neip.info), acessado em 14 Nov. 2013.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Vozes, 1994.

NERY-FILHO, A. *et al.* **Toxicomanias: Incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador: Edufba, 2004.

NIEL, M & SILVEIRA, D.X. – Ministério da Saúde – Brasil – PROAD/UNIFESP. **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo, 2008.

NOTO & MOREIRA, 2006. In Brasil – Presidência da República - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas- SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. 3. Ed., Brasília, 2010

OLIVEIRA, L.G; NAPPO, A.S. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Rev. Psiq. Clín.* 2008; 35(6): 212-8.

PERREAULT, M. (2008). **Une vulnérabilisation qui rend vulnérable au VIH/sida** (Uma vulnerabilização que dá vulnerabilidade ao HIV/AIDS) in Viviane Châtel & Shirley Roy (édit) *Penser la vulnérabilité : Visages de la fragilisation du social*. Québec : Les Presses de l'Université du Québec, pp 149-163. ISBN : 276051563X, 978-276081X635

PICONEZ, E.; TRIGUEIRO & HAIEK, R.C., 2006. In: NIEL, M & SILVEIRA, X.S. Ministério da Saúde – Brasil – PROAD/UNIFESP. **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo, 2008.

RIO DE JANEIRO – **Programa Viva Rio/Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde** – SMSDC, 2010.

RODRIGUES, Eduardo Vítor (2000), O Estado-Providência e os processos de Exclusão Social: considerações teóricas e estatísticas em torno do caso português. In: **Sociologia, Revista da Faculdade de Letras**, Porto, série I, n.º 10, Porto, FLUP, pp. 173-200, 2000.

SILVEIRA, D.X. (2015) **Crack é bode expiatório da exclusão social e da miséria-** UOL Opinião entrevista em 13/05/2015.

<http://noticias.uol.com.br/opinia/coluna/2015/05/13/crack-e-bode-expiatorio-da-exclusao-social.htm>, acessado em 08 Jun. 2015.

SOUZA, T.P. **Redução de Danos – a clínica e a política em movimento.** Universidade Federal, Niterói, 2007.

SOUZA, T.P. **O que é redução de danos.** É de Lei – Centro de Convivência. São Paulo, 2008. Em <http://www.aids.gov.br>, acessado em 24 Nov. 2013.

THARCILA, V; CHAVES, T.V; SANCHEZ, Z.M; RIBEIRO, L.A; NAPPO, A.S. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Rev. Saúde Pública**, vol.45 no. 6, São Paulo, Dec. 2011, Epub Sep 02, 2011.

VALERIO, A.LR. **(Mal)dita Liberdade e Cidadania – a redução de danos em questão.** Universidade Católica do Salvador – Dissertação de Mestrado. Salvador, 2010.

## APÊNDICE

### A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O (a) Sr. (a) \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ está convidado (a) para participar da pesquisa intitulada O USO DO CRACK E AS ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS, desenvolvida no Mestrado de Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador, sob orientação da prof(a) Dra. Mary Garcia Castro e responsabilidade da pesquisadora Anne Alice Quaresma Mattos, a quem poderei consultar a qualquer momento em que julgar necessário, através do telefone (71) 8840-1545 ou do e-mail [anne.quaresma@yahoo.com.br](mailto:anne.quaresma@yahoo.com.br). A pesquisa tem como objetivo analisar o Uso do Crack e as Estratégias de Redução de Danos, considerando avanços, dificuldades e a efetividade de sua implantação no serviço e os seus efeitos nos usuários. Sua participação é voluntária, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

A participação nesta etapa da pesquisa consistirá de forma anônima, com a utilização de nomes fictícios, ao responder uma entrevista semiestruturada, a ser realizada de forma individual, com tempo de duração imprevisto, podendo ser gravada, desde que haja o seu consentimento para tal. Você também pode interromper a entrevista a qualquer momento sem nenhum prejuízo pessoal.

O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo (a) pesquisador (a). Os benefícios relacionados com a sua participação nessa pesquisa poderão contribuir para uma melhor assistência e políticas públicas orientadas para a qualidade de vida dos usuários de substâncias psicoativas e em especial aos usuários do crack.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação e de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão de Ética da Universidade Católica do Salvador.

Os dados da entrevista serão utilizados para relatórios de pesquisa e publicação científica, sem a divulgação da sua identificação.

Caso tenha dúvida ou sinta prejudicado (a), poderá contatar a pesquisadora responsável ou sua orientadora ou, ainda, o Comitê de Ética da Universidade Católica do Salvador, situado, situado Av. Cardeal da Silva, n. 205 – Federação – Salvador/BA, Telefone: (71) 3203-8913; e-mail: [cep@ucsal.br](mailto:cep@ucsal.br).

Foi oferecida uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendação da Comissão de Ética. Declaro que li entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Fui informado (a) dos procedimentos da pesquisa e assegurado a preservação da minha identidade.

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_ .

Assinatura do (a) participante

: \_\_\_\_\_

Assinatura do (a) pesquisador (a):

\_\_\_\_\_  
Responsável pela entrevista  
Anne Alice Quaresma Mattos  
Rua Marechal Floriano 122/703  
Canela- Salvador-Bahia – CEP 40.110-010

## B -- ROTEIRO DE ENTREVISTA

As entrevistas serão realizadas com o Coordenador e dois profissionais que atuam com as estratégias de redução de danos em usuários de crack.

### QUESITOS

#### 1- O USO DO CRACK E AS ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS

1.1- Qual o início da implantação das estratégias de redução de danos nesta unidade?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

1.2- Como essas estratégias estão sendo desenvolvidas?

---

---

---

---

---

1.3- Quais as dificuldades encontradas?

---

---

---

---

**2- ASSISTÊNCIA A USUÁRIOS DE CRACK.**

2.1- Quais são as maiores dificuldades de abordagem para o cuidado a esse público-alvo?

---

---

---

---

---

2.2 - Como são as estratégias de redução de danos utilizadas para os usuários do crack?

---

---

---

---

---

---

2.3 – Que acha você sobre a eficácia das estratégias de redução de danos utilizadas por este serviço?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**3- USUÁRIOS**

3.1- Como é feito o acolhimento?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

3.2 – Você deseja acrescentar mais alguma coisa sobre os usuários assistidos por este serviço?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**4- PROFISSIONAIS**

4.1. Como você acha que deveria ser a assistência aos usuários do crack? Dê as suas sugestões acerca das ações necessárias à implementação desta política.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

4.2. Qual a frequência da capacitação da equipe nesse cuidado ao usuário de SPA?

---

---

---

---

---

---

---

—

Local: \_\_\_\_\_

Data do preenchimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015

Responsável pelo preenchimento: \_\_\_\_\_